



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

FIOCRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
BIBLIOTECA DA ENSP
Rua Leopoldo Buihães, 1480
Manguinhos RJ
CEP: 21041-210

"A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde"

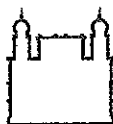
por

Angela Maria Araujo

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro, agosto de 2004



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde”

apresentada por

Angela Maria Araujo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

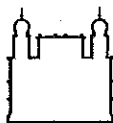
Prof. Dr. Gabriel Ferrato dos Santos

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa - Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 20 de agosto de 2004.

Angela Maria Araujo
20/08/2004
108



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica

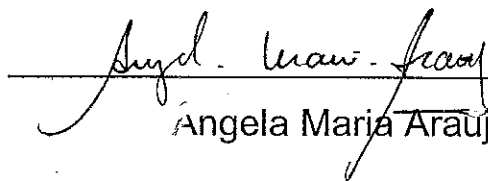


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 20 de agosto de 2004.



Angela Maria Araújo

*Aos meus pais
Athayde e Anália
pelo amor, dedicação e pelo exemplo que
sempre nos deram: de seguir a vida
acreditando em nós mesmos, lutando e
vencendo as dificuldades.*

AGRADECIMENTOS

Considero muito importante expressar meu reconhecimento à colaboração de algumas pessoas e a esta instituição que tiveram fundamental participação na minha jornada desta dissertação, proporcionando incentivo e concedendo às informações necessárias para a concretização deste trabalho.

Desta forma, agradeço:

À Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo acesso às informações sobre regulação do setor de saúde suplementar;

A Dra. Maria Stella Gregori, Diretora de Fiscalização da ANS, pela confiança depositada e por abrir novos caminhos;

A Dra. Anna Samico, pela oportunidade e possibilidade da realização do curso de mestrado;

A Mercedes Schumacher, pela compreensão e durante o processo de elaboração da dissertação;

Ao meu orientador, Nilson Rosário da Costa, pela orientação e questionamentos sobre as versões, e pela paciência quanto aos prazos;

À Mônica Reis, por estar sempre presente;

Aos amigos e colegas do mestrado, pelo privilégio de dividir os momentos de aprendizagem, as angústias e as muitas alegrias, em especial ao “G-6” – Alexandre, Carol, Hélio, Luciana e Olavo – por ter tornado esse processo mais fácil, compartilhando conhecimento e momentos de descontração;

Aos amigos Heloisa e Ricardo Carvalhêdo, que me acompanham desde o início desta jornada, incentivando-me; com discussões técnicas e, principalmente, pelo carinho nos momentos mais difíceis;

Aos colegas da GEFIS, pela colaboração no dia-a-dia e pela compreensão nos momentos de urgência e tensão;

Ao amigo Flávio Alcoforado, pelo incentivo e grande colaboração na referência bibliográfica;

À amiga Elaine Oliveira, pelo apoio e sensibilidade, adivinhando os momentos de maior aflição e fazendo-me acreditar que o trabalho chegaria ao fim;

À Fátima, minha irmã, pelo carinho e por sempre estar ao meu lado nos momentos mais importantes de minha vida;

A toda minha família, que sempre torceu e acreditou em mim;

A DEUS, por tudo.

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivos estudar os instrumentos regulatórios mais utilizados para a intervenção do Estado na regulação da atividade econômica, concentrando-se na instituição de barreiras à entrada e à saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde no mercado de saúde suplementar e demonstrar a adequação das operadoras à legislação vigente.

O mercado de saúde suplementar envolve diferentes atores, com interesses e diretrizes próprios; a ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve promover o equilíbrio entre os consumidores, agentes econômicos e o Estado, procurando que os poderes normatizador, regulador e fiscalizador da Agência sejam exercidos com independência.

O estudo foi desenvolvido sob a perspectiva das teorias da regulação econômica, demonstrando que a regulação e a normatização estabelecidas pela ANS, na área contábil e econômico-financeira, definem as condições de entrada, permanência e saída, obrigando à constituição de reservas e garantias. Sob este prisma, a ANS pretende dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade do setor.

ABSTRACT

The goal of the present work is the study of the most used regulatory tools for the government intervention in the economic activity, focused on setting up entry and exit barriers to health care companies and analyzing the companies compliance with regulation.

The health care insurance market takes into account different players, each one with their own interests and strategies; the National Health Agency (ANS) action must raises the balance among the consumers, stakeholders and Government aiming an independent market regulation.

The study was developed under the perspective of the economic regulation theories, demonstrating that in ANS regulation for economic and financial area, the entry, stay and exit conditions are defined. Furthermore it is demanded from the companies that they constitute reserves and solvency warranties. Therefore ANS intends to provide assurance to the consumers by guaranteeing economic-financial capacity of the health care companies in order to meet its contractual obligations, besides assuring the transparency and the market competition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	A Segmentação do mercado de saúde suplementar	60
Figura 2 -	Prazo para a constituição das garantias financeiras	69
Figura 3 -	Estrutura de entrada, permanência e saída das operadoras no mercado de saúde suplementar	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Regulamentações complementares, período de 1999 a 2000	53
Quadro 2 -	Exemplo da constituição da provisão de risco	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de operadoras com registro na ANS e o respectivo número de beneficiários, em cada um dos segmentos	23
Tabela 2 -	Divisão das operadoras por faixa declarada de beneficiários	25
Tabela 3 -	Número de beneficiários por faixa declarada desses beneficiários	25
Tabela 4 -	Amostragem estratificada proporcional, considerando a divisão por faixa de beneficiários	26
Tabela 5 -	Determinação da distribuição da faixa dos “Sem beneficiários”, por segmentação	26
Tabela 6 -	Determinação da distribuição da faixa “De 1 a 20.000 beneficiários”, por segmentação	26
Tabela 7 -	Determinação da distribuição da faixa “De 20.001 a 100.000 beneficiários”, por segmentação	27
Tabela 8 -	Determinação da distribuição da faixa “De mais de 100.000 beneficiários”, por segmentação	27
Tabela 9 -	Distribuição do quantitativo de operadoras com registro provisório na ANS	57
Tabela 10 -	Segmentação das operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o tipo de atenção médico-hospitalar	58
Tabela 11 -	Exemplo da tabela A da RDC nº 77 – Valor do Fator K	62

Tabela 12 - Exemplo da tabela A da RDC nº 77 – Valor do Fator K	63
Tabela 13 - Exemplo da tabela B da RDC nº 77 – Valor do Fator K	64
Tabela 14 - Quantitativo de operadoras que foram submetidas à Regime Especial	72
Tabela 15 - Quantitativo de operadoras que pediram registro provisório versus cancelamento – por ano	73
Tabela 16 - Evolução das garantias financeiras para operadoras classificadas na modalidade organizacional de seguradoras especializadas em saúde ..	76
Tabela 17 - Constituição do Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Medicina de Grupo	76
Tabela 18 - Constituição do Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Cooperativa Médica	77
Tabela 19 - Constituição do Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Autogestão não Patrocinada	78
Tabela 20 - Constituição do Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Filantropia	78
Tabela 21 - Constituição do Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Cooperativa Odontológica	79
Tabela 22 - Constituição do Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Odontologia de Grupo	79
Tabela 23 - Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 100% do valor calculado	81
Tabela 24 - Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 100% do valor calculado	82
Tabela 25 - Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 30% do valor calculado	83
Tabela 26 - Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 30% do valor calculado	84
Tabela 27 - Constituição da Provisão de Risco – Medicina de Grupo	85
Tabela 28 - Constituição da Provisão de Risco – Cooperativa Médica	86
Tabela 29 - Constituição da Provisão de Risco – Autogestão não Patrocinada	87
Tabela 30 - Constituição da Provisão de Risco – Filantropia	87
Tabela 31 - Constituição da Provisão de Risco – Cooperativa Odontológica	88
Tabela 32 - Constituição da Provisão de Risco – Odontologia de Grupo	89
Tabela 33 - Enquadramento em Provisão de Risco – 100% do valor calculado	89
Tabela 34 - Enquadramento em Provisão de Risco – 100% do valor calculado	90

Tabela 35 - Enquadramento em Provisão de Risco – 30% do valor calculado	91
Tabela 36 - Enquadramento em Provisão de Risco – 30% do valor calculado	92
Tabela 37 - Número de infrações e respectivo percentual dos aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados do segmento de Medicina de Grupo	96
Tabela 38 - Número de infrações e respectivo percentual dos aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados do segmento de Cooperativa Médica	98
Tabela 39 - Comparativo do número de infrações dos aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados dos segmentos Medicina de Grupo e Cooperativa Médica	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Balanço de registro e cancelamentos – por ano	74
Gráfico 2 - Enquadramento do Capital Mínimo/Provisão para Operação – 100% por porte	83
Gráfico 3 - Enquadramento do Capital Mínimo/Provisão para Operação – 30% por porte	85
Gráfico 4 - Enquadramento da Provisão de Risco – 100% por porte	91
Gráfico 5 - Enquadramento da Provisão de Risco – 30% por porte	92
Gráfico 6 - Percentual de infrações dos aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados do segmento de Medicina de Grupo	97
Gráfico 7 - Percentual de infrações dos aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados do segmento de Cooperativa Médica	99
Gráfico 8 - Comparativo das infrações dos aspectos contábeis e econômico-financeiros do segmento de Medicina de Grupo e Cooperativa Médica	101

LISTA DE SIGLAS

ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID – 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Edição nº 10
CONSU	Conselho Nacional de Saúde
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Operadoras
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde
DIPRO	Diretoria de Produtos
IGO	Índice de Giro Operacional
IBNR	Incurred But Not Reported
INTRANS	Intranet da ANS
NURAF	Núcleo Regional de Fiscalização
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PCP	Plano de Contas Padrão da ANS
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
SCD	Sistema de Controle de Demanda
SCP	Sistema de Controle de Processos
SIG	Sistema de Informação Gerencial
SIPAR	Sistema de Protocolo Geral da ANS
SM	Segmento Misto
SPP	Segmento Primário Principal
SPS	Segmento Primário Subsidiário
SSS	Segmento Secundário Subsidiário
ST	Setor Terciário
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
NURAF	Núcleo Regional de Fiscalização
UEF	Unidade Estadual de Fiscalização

SUMÁRIO

1 -	INTRODUÇÃO	14
1.1 -	Metodologia de coleta dos dados econômico-financeiros	17
1.2 -	Metodologia da seleção da amostra da Fiscalização Planejada	19
2 -	REFERENCIAL TEÓRICO	36
2.1 -	Teoria das barreiras à entrada e a saída	36
2.2 -	A Regulação do mercado de assistência à saúde no Brasil	44
2.3 -	A Regulação e os modelos de agências	47
2.4 -	A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS	49
2.5 -	Atos Normativos da ANS	52
3 -	INSTRUMENTOS REGULATÓRIOS DE AVALIAÇÃO E CONTROLE DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	55
3.1 -	Barreiras à entrada das operadoras no mercado de saúde suplementar	56
3.2 -	Barreiras à permanência das operadoras	65
3.3 -	Barreiras à saída das operadoras no mercado de saúde suplementar	69
4 -	AS REGRAS DE GARANTIAS FINANCEIRAS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	75
4.1 -	Observância do capital mínimo ou provisão de operação	75
4.2 -	Constituição das provisões de risco	85
5 -	ANÁLISE DOS DADOS DA ADEQUAÇÃO DAS OPERADORAS À LEGISLAÇÃO VIGENTE	94
5.1 -	Análise das seguradoras	95
5.2 -	Análise da medicina de grupo	95
5.3 -	Análise das cooperativas médicas (Unimed's).....	97
5.4 -	Comparação das operadoras em estudo	99
6 -	CONCLUSÃO E SUGESTÕES	103
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
	ANEXOS	111

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar os instrumentos regulatórios que funcionam como barreiras à entrada, à permanência ou à saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e verificar a capacidade de as operadoras de planos privados de assistência à saúde responderem às exigências contábeis e econômico-financeiras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Visa-se atingir os seguintes objetivos intermediários:

- identificar os instrumentos regulatórios adotados pela ANS, para estabelecer barreiras de entrada, permanência e saída das operadoras no mercado de saúde suplementar;
- verificar a adequação das operadoras de planos privados de assistência à saúde às exigências da RDC nº 77, que estabelece as garantias financeiras;
- analisar os dados das fiscalizações pró-ativas realizadas em 2002 pela ANS, identificando o perfil de adequação econômico-financeiro e contábil dessas operadoras;

A justificativa deste trabalho, do ponto de vista teórico, é analisar a função da regulação no campo da saúde suplementar, enfocando a regulação da atividade econômica das operadoras de planos de saúde. De acordo com Salomão (2001), a teoria geral da regulação trata da concepção tradicional do Estado como agente de duas funções diametralmente opostas: a ingerência direta na vida econômica e a fiscalização dos particulares.

O conhecimento teórico sobre a prática regulatória do Estado no mercado de saúde suplementar pode representar exatamente a contribuição mais útil de um Estado que decide retirar-se da intervenção econômica direta para a função de organizador das relações econômicas.

A classe média e os trabalhadores do mercado formal de trabalho sempre tiveram sérias dificuldades com os serviços de assistência à saúde. O sistema público, impossibilitado de atender integralmente aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário, fez com que essa população procurasse viabilizar o acesso aos esses serviços de saúde por meio do setor privado.

Com o advento da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, foi utilizado um sistema de padronização do desenho de benefícios ofertados por operadoras de planos privados, implementação de planos e seguro saúde com cobertura plena ou parcial, entre outros.

A implantação da Lei nº 9.656/98 apresentou a necessidade de revisão do modelo assistencial de saúde privado brasileiro, tornando-se cada vez mais presente no cotidiano das operadoras e seguradoras, que prestam serviço a uma população de aproximadamente 35 milhões de beneficiários. As medidas impostas pela lei fizeram com que as empresas do setor buscassem formas de adequação ao novo modelo.

A exigência de fornecimento de dados, criação de reservas técnicas, realização de auditorias contábeis fazem parte, hoje, dos custos de transação das empresas que trabalham com a área de saúde.

A definição dos objetivos da regulação é um aspecto muito importante da atividade regulatória, uma vez que define e justifica as ações dos reguladores. Seu principal motivo é criar condições propícias para a manutenção da concorrência, protegendo, em última instância, tanto o consumidor como a empresa capitalista. Pode-se regular preços, qualidade e estabelecer barreiras à entrada e saída, o que revela o caráter altamente técnico da questão, em que pese a centralidade da questão política: quem perde e quem ganha no desdobramento das decisões regulatórias.

Os instrumentos mais utilizados na regulação da atividade econômica são: o controle de preços, controle de qualidade, instituição de barreiras à entrada e à saída, padronização dos produtos, especificações técnicas e controle do investimento. O presente trabalho concentra-se na instituição de barreiras à entrada e à saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde, tendo como desafio identificar como esses instrumentos vão impactar o mercado.

A hipótese central deste trabalho é que os instrumentos regulatórios adotados pela ANS criam barreiras à entrada, permanência e a saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde no mercado de saúde suplementar.

Do ponto de vista prático, os resultados da análise dos instrumentos de regulação econômica podem auxiliar não somente a ANS, mas todos os atores presentes neste mercado de saúde suplementar a estabelecerem maior efetividade na formulação de estratégia e de mudanças em suas formas de relacionamento.

O trabalho foi estruturado em seis capítulos, apresentando na sua Introdução o objetivo geral, os objetivos intermediários, a hipótese que se deseja estudar e a metodologia, com as características gerais da população objeto deste estudo, técnicas e utilização de dados, os indicadores selecionados (capital mínimo/provisão de operação e provisão de risco), a análise desses indicadores em função do porte e faixas de estratificação utilizadas, e, também, os critérios para a seleção da amostra das operadoras fiscalizadas em 2002.

O Capítulo 2 é destinado ao estudo do mercado de saúde suplementar, partindo de um referencial teórico sobre o tema, enfocando a regulação do mercado de saúde suplementar e o seu marco regulatório, trazido pela Lei nº 9.656/98, assim como a criação da ANS.

O Capítulo 3 apresenta os instrumentos regulatórios utilizados para avaliação e controle do mercado, instituidores de barreiras à entrada, permanência e saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O Capítulo 4 apresenta um panorama do mercado de saúde suplementar, por meio de uma análise da constituição das garantias financeiras das operadoras.

Os resultados obtidos com as fiscalizações realizadas nas operadoras em 2002 são apresentados no Capítulo 5, por meio de tabelas e gráficos que mostram a análise da adequação das operadoras à legislação vigente. Seguem-se as conclusões e recomendações para iniciativas que podem ser adotadas pelo órgão regulador para aprimorar o saneamento desse mercado.

1.1 Metodologia de coleta dos dados econômico-financeiros

Neste trabalho, o método utilizado para análise dos dados econômico-financeiros foi o estudo transversal ou seccional, que permite um resultado instantâneo e um corte no fluxo temporal do desenvolvimento das empresas. A vantagem da pesquisa observacional-transversal é a identificação direta da unidade de análise, obtendo-se alto potencial descritivo e simplicidade analítica. Permite, também, a comparação de indicadores e a possibilidade de testar hipóteses.

Os dados foram coletados a partir do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (Diops), referente ao 4º trimestre de 2003. Estes dados receberam tratamento estatístico, por meio de planilhas eletrônicas (Microsoft Excel/2000), sistemas gerenciadores de banco de dados (Microsoft Access/2000), estatísticos (SAS – Statistical Application System/Enterprise Guide Versão 1.3.0). Em relação à massa de dados do Diops, é importante ressaltar que esse universo compreende cerca de 60% do total das operadoras ativas. Tem-se, então, que menos da metade das operadoras ainda não enviam o Diops pelas mais diversas razões, dentre as quais pode-se citar: endereço inválido, resistência ao acompanhamento econômico-financeiro e desconhecimento de como utilizar o sistema.

No entanto, o universo disponível de dados não prejudica a análise do objeto deste estudo, haja vista que as operadoras que enviam o Diops respondem por cerca de 65% do total de beneficiários do mercado de saúde suplementar.

Feito isso, passou-se à pesquisa de ocorrência de variações na estrutura patrimonial e financeira das operadoras, observado o porte e modalidade organizacional, utilizando-se, para tanto, indicadores econômico-financeiros de capital mínimo e provisão de risco.

A estratificação dos portes é diferente dos critérios estabelecidos pela RN nº 27/2003, a qual fixa os portes descritos abaixo:

- ⇒ Pequeno: < 20.000 beneficiários;
- ⇒ Médio: > 20.000 e < 100.000 beneficiários;
- ⇒ Grande: > 100.000 beneficiários.

O corte para a análise da constituição do capital mínimo ou provisão de risco foi feito pelo porte da operadora, caracterizado em: grande, médio e pequeno. As operadoras de pequeno porte estão subdivididas em:

- ⇒ de 1 a 999 beneficiários;
- ⇒ de 1.000 a 4.999 beneficiários,
- ⇒ de 5.000 a 9.999 beneficiários;
- ⇒ de 10.000 a 19.999 e Médio;
- ⇒ nenhum beneficiário ou beneficiários não informados.

A razão para a maior estratificação das operadoras de pequeno porte justifica-se a partir da hipótese de que não há homogeneidade nesse grupo, portanto, a subdivisão permite analisar melhor este porte.

O detalhamento e a importância desses indicadores para a análise econômico-financeira das operadoras serão apresentados a seguir.

- *Observância do capital mínimo ou provisão de operação*

O Capital Mínimo tem por objetivo representar o valor mínimo de capital de que a operadora deverá dispor, a qualquer tempo, para garantir suas operações em complementação às provisões. Quando do início de suas atividades, serve de balizamento da capacidade da operadora em assumir novos riscos.

O Capital Mínimo reflete a soma do capital social, mais lucro ou prejuízos acumulados e reservas. O Capital Mínimo é obtido da multiplicação de um fator de ponderação da variável K, obtido na Tabela A do Anexo I da RDC nº 77, pelo capital base R\$ 3.100.000,00 conforme a cobertura médico-hospitalar *versus* a região de atuação da operadora.

- *Constituição da Provisão de Risco*

A regulamentação das provisões técnicas visa preservar a segurança e liquidez das operadoras e corresponde a montantes a serem contabilizados em contas do passivo da operadora com o objetivo de garantir que as obrigações financeiras para com os seus

beneficiários sejam cumpridas. Seu correto dimensionamento visa permitir uma avaliação adequada das responsabilidades reais das operadoras.

A provisão de risco busca garantir as obrigações contratuais, tendo por base o conceito de apropriação e insuficiência da contraprestação. A constituição da provisão de risco é de periodicidade mensal, e corresponde ao maior dos valores entre as seguintes hipóteses:

- 50% das contraprestações líquidas emitidas nas modalidades pré-pagamento;
- média dos eventos indenizáveis líquidos conhecidos, na modalidade pré-pagamento, nos últimos 12 meses, multiplicado pelo fator Y da tabela B do anexo I da RDC nº 77.

2.2 Metodologia da seleção da amostra de Fiscalização Planejada

A metodologia de Fiscalização Planejada, denominada Programa Olho Vivo, estabelece uma série de procedimentos operacionais de fiscalização a serem aplicados nas diligências efetivadas nas operadoras selecionadas no banco de dados da ANS, com vistas ao cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão.

A Fiscalização Planejada tem escopo ampliado de atuação, pois considera como universo todas as operadoras registradas na ANS, além das empresas denunciadas que operam sem registro. Essa fiscalização de forma permanente, permite que qualquer operadora do universo escolhido venha a ser fiscalizada a qualquer tempo, utilizando o conceito da auditoria integral, pois durante as fiscalizações serão verificadas todas as condutas em desconformidade com a legislação vigente.

A metodologia da fiscalização planejada consiste na utilização de indicadores de comportamento das operadoras do mercado de saúde suplementar, refletidos nas bases de dados da ANS, especificamente nos bancos de dados e relatórios dos seguintes sistemas e fontes:

SIPAR – Sistema de Protocolo Geral da ANS (Dides);

SCP – Sistema de Controle de Processos (Difis);

Disque-ANS (Difis);

SIG – Sistema de Informações Gerenciais (Dides);

SCD – Sistema de Controle de Demandas de Nurafts (Difis);
Cadope – Cadastro de Operadoras.

A fiscalização planejada exercida pela ANS tem como objetivo operacionalizar, de forma sistemática, a realização de diligências fiscalizatórias, com base num sistema de fiscalização das operadoras com frequência significativa de ocorrências de irregularidades a serem apuradas (denúncias e representações) registradas na ANS. Para as operadoras selecionadas são aplicados módulos desenvolvidos para o Programa Olho Vivo, de acordo com o setor administrativo e operacional da operadora sob fiscalização.

O conjunto de operadoras com registro na ANS passa a ser qualificado por meio de um sistema que estabelece um “coeficiente de risco”, resultante de um método de pontuação pelo número de ocorrências registradas na Agência, dividido pelo número de beneficiários. Este coeficiente de risco foi elaborado, inicialmente, para esta primeira amostra, a partir das informações disponíveis na Diretoria de Fiscalização.

Pelo método adotado, quanto maior o coeficiente de risco maior será a incidência de ocorrências, denúncias e representações, relativamente ao número de beneficiários. Além disso, o coeficiente reflete que a operadora já vem sendo contemplada, com maior frequência, pelas ações de fiscalização reativa da ANS.

O sistema permite uma relação das operadoras por grau decrescente de risco, selecionando automaticamente a amostra adequada aos padrões estabelecidos. A partir dessa relação por coeficiente de risco, é feita uma consolidação por segmento e por Unidade da Federação (UF), verificando-se a representatividade do setor, comparativamente aos dados existentes no Cadastro de Operadoras da ANS.

As operadoras que tenham sido denunciadas e que não tenham registro na ANS, bem como aquelas que não tenham informado o número de beneficiários, serão selecionadas em quadro específico e estarão prioritariamente sujeitas às ações de fiscalização planejada – a partir da investigação iniciada para a localização de seu endereço. No caso das operadoras denunciadas e não registradas na ANS, a prioridade na fiscalização de suas operações dar-se-á em virtude da necessidade premente de forçá-las a se adequarem à legislação estabelecida pela ANS.

As operadoras em Regime Especial (Direção Fiscal, Direção Técnica ou Liquidação Extrajudicial), sob intervenção da ANS, não são consideradas para efeito da seleção amostral, em virtude de estarem sujeitas ao acompanhamento específico e as investigações estarem sendo realizadas pela área competente. Também não estão contempladas na amostra aquelas operadoras que estejam com plano de recuperação aprovado ou em análise na ANS, por estar previsto, também, procedimento de acompanhamento especial pela área competente. As operadoras que tenham firmado, junto à ANS, termo de compromisso de ajuste de conduta terão acompanhamento especial pela própria Difis, em virtude de já estar previsto o acompanhamento das denúncias contra essas empresas e a respectiva fiscalização do termo de compromisso de ajuste de conduta firmado.

Foram excluídas da amostra as operadoras que operam exclusivamente odontológicas, pois terão amostragem própria, além daquelas empresas que só operam com a modalidade de contratação de planos coletivos empresariais, por apresentarem menor grau de risco para os beneficiários.

Cálculo do Coeficiente de Risco

Para a determinação do coeficiente de risco foi elaborado um módulo de sistema de relatórios montados a partir das informações dos diversos bancos de dados das Diretorias da ANS, com a utilização concomitante de informações disponíveis na INTRANS da Agência, como as informações sobre o cadastro de operadoras e número de beneficiários.

As informações adicionais necessárias à elaboração dos relatórios foram coletadas através da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, por meio de relatórios gerados pelos vários sistemas de controle existentes.

A fórmula para o cálculo do coeficiente de risco é a seguinte:

$$\text{Coeficiente de Risco} = \frac{\text{Fator de Risco}}{\text{Número de Beneficiários}}$$

onde,

Fator de Risco = (denúncias + processos + representações) x (peso atribuído à modalidade de contratação) x (peso atribuído à classificação das operadoras)

O número total de denúncias, processos e representações, por operadora, é determinado pelo somatório das seguintes informações:

- Denúncias Disque-ANS;
- Denúncias NURAFs;
- Denúncias Rede Credenciada (não pagamento);
- Representações (Diope, Dides, Dipro);
- Processos existentes na Difis – Sistema de Controle de Processos (SCP).

Foram empregados critérios de seleção que levam em consideração a modalidade de contratação dos produtos de uma determinada operadora, buscando-se uma maior amplitude de ação no que tange aos itens que mais atingem os consumidores. Portanto, o foco da fiscalização é representado pelos planos individuais e coletivos por adesão, uma vez que os consumidores destes tipos de planos possuem uma baixa capacidade de negociação e pouco podem influir nas questões referentes à saúde suplementar.

Foram atribuídos diferentes pesos à avaliação do risco de acordo com o segmento de atuação das operadoras e com a modalidade de contratação de seus produtos, sendo:

Autogestões Patrocinadas (AP) = peso 1 (menor risco)

Demais segmentos: Medicina de Grupo (MG), Cooperativa Médica (CM), Seguradoras (SE), Filantropia (FIL), Autogestão Não-Patrocinada (ANP) e Administradoras (ADM) = peso 2 (maior risco)

Contratação Individual/Familiar (I) e Coletiva por Adesão (CA) e Sem Produtos Cadastrados na ANS = peso 2 (maior risco)

Contratação Coletiva Empresarial (CE) = peso 1 (menor risco)

A metodologia foi utilizada para determinar o tamanho da amostragem, que resultou no quantitativo de 200 operadoras a serem fiscalizadas em 2002. Esta amostra representou 10,41% do total de 1.921 operadoras. Não foram incluídas na amostra as operadoras

classificadas como odontologia de grupo, que representavam 486 operadoras, em maio de 2002.

Tabela 1 – Número de operadoras com registro na ANS e o respectivo número de beneficiários, em cada um dos segmentos

Segmento	Operadoras	Percentual (%)	Beneficiários	Percentual
Administradora	37	1.54%	8.000	0.02%
Autogestão Não-Patrocinada	135	5.61%	948.198	2.73%
Autogestão Patrocinada	226	9.39%	4.215.989	12.16%
Cooperativa Médica	374	15.54%	8.636.641	24.91%
Cooperativa odontológica	178	7.40%	1.086.797	3.13%
Filantropia	135	5.61%	1.299.521	3.75%
Medicina de Grupo	823	34.19%	11.203.238	32.31%
Odontologia de Grupo	486	20.19%	2.280.014	6.58%
Seguradora Especializada em Saúde	13	0.54%	4.993.052	14.40%
Total	2.407	100.00%	34.671.450	100.00%

Fonte: ANS, maio/2002.

As 200 operadoras de planos de saúde foram distribuídas, proporcionalmente, dentro da respectiva classificação: Autogestão Patrocinada, Autogestão Não-Patrocinada, Medicina de Grupo, Seguradora, Cooperativas Médicas, Filantropia, Cooperativa Odontológica e Administradora.

Entretanto, a análise deste trabalho, enfocou somente as de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Seguradoras, por serem as mais representativas no mercado, e totalizarem a metade do número de operadoras com registro na ANS, englobando cerca de 75% do total de beneficiários de operadoras de planos de saúde.

A análise baseou-se na capacidade de as operadoras de planos de saúde cumprirem as exigências da Lei nº 9.656/98 e sua legislação complementar, no que concerne, principalmente, à RDC nº 38 que institui o Plano de Contas Padrão aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde aliada às resoluções que dispõem sobre suas revisões – Resoluções Normativas nº 3 e nº 27 – e à RDC nº 77, que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Os itens fiscalizados para verificação do cumprimento da legislação na área contábil das operadoras de planos privados de assistência à saúde foram:

- a) Quanto à entrega do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde – DIOPS;
- b) Quanto à informação de alteração cadastral;
- c) Quanto à centralização da contabilidade na sede da operadora;
- d) Quanto à Adoção do Princípio da Competência;
- e) Quanto à Realização de Operações Financeiras com Pessoas Físicas;
- f) Quanto à Realização de Operações Financeiras com Pessoas Jurídicas;
- g) Quanto à Realização de Operações Financeiras com Pessoas Jurídicas;
- h) Quanto à Obrigatoriedade de Auditoria Independente;
- i) Quanto à Publicação dos Demonstrativos Contábeis e Parecer dos Auditores Independentes;
- j) Quanto à remessa à ANS das Demonstrações Contábeis e do Parecer dos Auditores Independentes;
- k) Quanto à adoção do Plano de Contas Padrão;
- l) Quanto à escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios;
- m) Quanto à atualização dos Registros Auxiliares Obrigatórios;
- n) Quanto à constituição da Provisão de Risco;
- o) Quanto à constituição da Margem de Solvência;
- p) Quanto à exigência de Capital Mínimo;
- q) Quanto à constituição de Provisão para Operação;
- r) Quanto ao Índice de Giro de Operação (IGO).

Utilizou-se a amostragem estratificada proporcional, considerando-se num primeiro estágio a variável faixa de classificação das operadoras pelo número de beneficiários, quais sejam: 1) operadoras que não declararam o número de beneficiários (sem beneficiários); 2) operadoras que declararam ter de 1 a 20.000 beneficiários; 3) operadoras que declararam ter de 20.001 a 100.000 beneficiários; 4) operadoras que declararam ter mais de 100.000 beneficiários. Esta divisão baseia-se na RDC nº 24, que apresenta divisão das operadoras para fins de penalidades. A Tabela 2 apresenta a divisão das operadoras, considerando o número de beneficiários.

Tabela 2 – Divisão das operadoras por faixa declarada de beneficiários

Faixas	Número de Operadoras	Percentual
Sem beneficiários	423	22,02%
De 1 a 20.000 beneficiários	1240	64,54%
DE 20.001 A 100.000 BENEFICIÁRIOS	202	10,52%
Mais de 100.000 beneficiários	56	2,92%
Total	1921	100,00%

Fonte: ANS

É importante também verificar na Tabela 3 a mesma classificação por faixas, só que neste momento são apresentadas o total de beneficiários que contém cada uma delas.

Tabela 3 – Número de beneficiários por faixa declarada desses beneficiários

Faixas	Número de Operadoras	Percentual
De 1 a 20.000 beneficiários	4.662.905	14,98%
De 20.001 a 100.000 beneficiários	9.577.313	30,76%
Mais de 100.000 beneficiários	16.894.221	54,26%
Total	31.134.439	100,00%

Fonte: ANS

Portanto, com base nas Tabelas 2 e 3, foi determinada a primeira estratificação proporcional, qual seja:

- A última faixa (Mais de 100.000 beneficiários) contém 54,26% do total de beneficiários, em 56 operadoras, assim, consideraremos $(56 \times 0,5426) = 31$ operadoras;
- A faixa de 20.001 a 100.000 beneficiários contém 30,76% do total de beneficiários num total de 202 operadoras, portanto, temos $(202 \times 0,3076) = 62$ operadoras;
- Ao somarmos essas operadoras temos um total de 83. Para compor o total de 200 operadoras, faltam $(200 - 83) = 117$;
- Desse total, iremos considerar somente a tabela 2, para determinarmos a divisão em relação às duas outras faixas. Ao somarmos o número dessas operadoras temos um total de $(423 + 1.240) = 1.663$. Assim, temos que as operadoras sem beneficiários contribuem com 25% e as de 1 a 20.000 beneficiários com 75%. Portanto, temos $(117 \times 0,25) = 29$ operadoras e $(117 \times 0,75) = 88$ operadoras.

Desta forma, a Tabela 4 apresenta a estratificação proporcional.

Tabela 4 – Amostragem estratificada proporcional, considerando a divisão por faixas de beneficiários

Faixas	Número de Operadoras	Percentual
Sem beneficiários	27	13,5%
De 1 a 20.000 beneficiários	80	40,0%
De 20.001 a 100.000 beneficiários	62	31,0%
Mais de 100.000 beneficiários	31	15,5%
Total	200	100,00%

Fonte: ANS

Fez-se, ainda, necessário dividir o número de operadoras por faixa de beneficiários, considerando a classificação, ou seja: Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Autogestão Patrocinada, Autogestão Não-Patrocinada, Administradoras, Filantrópicas e Seguradoras.

A Tabela 5 apresenta a divisão das 27 operadoras determinadas pela amostragem estratificada proporcional da faixa “Sem Beneficiários”, por segmentação.

Tabela 5 – Determinação da distribuição da faixa “Sem Beneficiários”, por segmentação.

Faixas	Nº de Operadoras	Percentual	Cálculo (Proporcionalidade)	Distribuição das Operadoras
Medicina de Grupo	242	57,21%	$27 \times 0,5721$	15
Autogestão Patrocinada	58	13,71%	$27 \times 0,1371$	4
Cooperativa Médica	55	13,00%	$27 \times 0,1300$	4
Administradoras	43	10,17%	$27 \times 0,1017$	3
Autogestão Não-Patrocinada	23	5,44%	$27 \times 0,0544$	1
Filantrópicas	2	0,47%	$27 \times 0,0047$	-
Total	423	100,00%	-	27

Fonte: ANS

A Tabela 6 apresenta a divisão das 80 operadoras determinadas pela amostragem estratificada proporcional da faixa “De 1 a 20.000 Beneficiários”, por segmentação.

Tabela 6 – Determinação da distribuição da faixa “De 1 a 20.000 Beneficiários”, por segmentação

Faixas	Nº de Operadoras	Percentual	Cálculo (Proporcionalidade)	Distribuição das Operadoras
Medicina de Grupo	617	49,76%	$80 \times 0,4976$	40
Cooperativa Médica	252	20,32%	$80 \times 0,2032$	16
Autogestão Patrocinada	186	15,00%	$80 \times 0,1500$	12
Autogestão Não Patrocinada	103	8,31%	$80 \times 0,0831$	7
Filantrópicas	51	4,11%	$80 \times 0,0411$	3
Administrativas	29	2,34%	$80 \times 0,0234$	2

Seguradoras	2	0,16%	$80 \times 0,0016$	-
Total	1240	100,00%	-	80

Fonte: ANS

A Tabela 7 apresenta a divisão das 62 operadoras determinadas pela amostragem estratificada proporcional da faixa “De 20.001 a 100.000 Beneficiários”, por segmentação.

Tabela 7 – Determinação da distribuição da faixa “De 20.001 a 100.000 Beneficiários”, por segmentação

Faixas	Nº de Operadoras	Percentual	Cálculo (Proporcionalidade)	Distribuição das Operadoras
Medicina de Grupo	90	44,55%	$62 \times 0,4455$	27
Cooperativa Médica	65	32,18%	$62 \times 0,3218$	20
Autogestão Patrocinada	33	16,34%	$62 \times 0,1634$	10
Autogestão Não Patrocinada	5	2,48%	$62 \times 0,0248$	2
Seguradoras	4	1,98%	$62 \times 0,0198$	1
Filantrópicas	3	1,49%	$62 \times 0,0149$	1
Administrativas	2	0,99%	$62 \times 0,0099$	1
Total	202	100,00%	-	62

Fonte: ANS

A Tabela 8 apresenta a divisão das 31 operadoras determinadas pela amostragem estratificada proporcional da faixa “De mais de 100.000 Beneficiários”, por segmentação.

Tabela 8 – Determinação da distribuição da faixa “De mais de 100.000 Beneficiários”, por segmentação

Faixas	Nº de Operadoras	Percentual	Cálculo (Proporcionalidade)	Distribuição das Operadoras
Medicina de Grupo	20	35,70%	$31 \times 0,3570$	11
Cooperativa Médica	17	30,36%	$31 \times 0,3036$	9
Autogestão Patrocinada	8	14,29%	$31 \times 0,1429$	4
Seguradoras	8	14,29%	$31 \times 0,1429$	4
Autogestão Não Patrocinada	2	3,57%	$31 \times 0,0357$	2
Administrativas	1	1,79%	$31 \times 0,0179$	1
Total	56	100,00%	-	31

Fonte: ANS

O último procedimento é a seleção das operadoras dentro de cada uma das faixas determinadas, por classificação. Esse procedimento será operado classificando as operadoras pelo coeficiente de risco (do maior ao menor) selecionando aquelas com maior valor, até que as 200 operadoras sejam selecionadas.

Para o planejamento dos procedimentos de fiscalização a serem utilizados, tomou-se por base a regulamentação do mercado de saúde suplementar sob duas grandes vertentes:

Atividades econômicas: os procedimentos têm por objetivo a verificação do cumprimento das normas que prevêm obrigações referentes aos aspectos contábeis e econômico-financeiros das operadoras.

Atividades assistenciais: os procedimentos têm por objetivo a verificação de todas as demais obrigações previstas legalmente para a atividade de assistência suplementar à saúde, inclusive em relação à adequação das coberturas e serviços assistenciais oferecidos ao consumidor e comercializados.

A seguir, segue uma breve descrição dos aspectos a serem analisados:

1) Quanto à entrega do Diops – as operadoras são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS informações relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, conforme art. 20 da Lei nº 9.656/98. A RDC nº 5, no seu artigo 5º, determina que devam ser comunicadas à ANS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da ocorrência do evento, quaisquer alterações nos dados contidos no Anexo I da mesma RDC. Estas informações devem ser enviadas através do Diops.

O Diops constitui-se um sistema operacional disponibilizado no *site* da ANS, que deve ser preenchido e remetido trimestralmente à ANS, via Internet. Na total impossibilidade do envio pela Internet, a ANS poderá autorizar o recebimento em disquete, conforme disposto no §1º do art. 2º da RE nº 1 da Diope.

2) Quanto à informação de alteração cadastral – as operadoras são obrigadas a fornecer periodicamente à ANS todas as informações relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, conforme art. 20 da Lei nº 9.656/98. A RDC nº 5, no seu artigo 5º, determina que devam ser comunicadas à ANS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da ocorrência do evento, quaisquer alterações nos dados contidos no Anexo I da mesma RDC.

Além de satisfazer a obrigatoriedade legal de comunicação e conseqüente atualização dos dados cadastrais, o fornecimento das alterações observadas tem aplicabilidade na

comprovação da existência ou não de operações financeiras entre pessoas físicas ou jurídicas com a Operadora.

3) Quanto à centralização da contabilidade na sede da Operadora – a contabilização deve ser centralizada na Sede da Operadora. Entende-se como centralização da contabilização, os registros contábeis e conseqüentemente o fechamento contábil encontrarem-se sob o CNPJ da Sede da Operadora.

4) Quanto à adoção do Princípio da Competência - as Operadoras estão obrigadas a observar em seus registros contábeis o Princípio da Competência dos Exercícios e, nesse sentido, por exemplo, dentre outros registros, ficou estabelecido como competência de registro das receitas e despesas o período em que elas ocorrem e não a data do efetivo ingresso ou desembolso.

Desse modo, o fato gerador da despesa é o conhecimento do encargo, enquanto que o fato gerador da receita é a emissão da fatura ou do carnê de mensalidades. No caso de emissão de faturas ou carnês de mensalidades antecipadamente ao período de cobertura do risco, os mesmos deverão ser registrados contabilmente em conta redutora de Faturamento Antecipado, no Ativo.

5) Quanto à Realização de Operações Financeiras com pessoas físicas e jurídicas – é vedado às operadoras realizar quaisquer operações financeiras com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive. Do mesmo modo, esse impedimento estende-se a operações financeiras com empresas das quais participem as pessoas acima, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladora da empresa.

Essas operações financeiras, habitualmente, são registradas pelas empresas em contas que abrigam direitos ou obrigações na forma de empréstimos, contratos de mútuos e contas correntes. Eventualmente, são encontradas em rubricas assemelhadas, necessitando, portanto, de cuidado na análise da composição e conciliação de contas de direitos e obrigações.

6) Quanto à Obrigatoriedade de Auditoria Independente – as operadoras estão obrigadas a submeter suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade (CRC) e na Comissão de Valores Mobiliários (CVM).

7) Quanto à Publicação das Demonstrações Contábeis e Parecer dos Auditores Independentes – as operadoras são obrigadas a publicar as demonstrações contábeis contendo o Balanço Patrimonial, Demonstração dos Resultados, Demonstração das Origens e Aplicações de Recursos, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido e Notas Explicativas, bem como o respectivo parecer dos auditores independentes, em conformidade com os modelos padronizados pelas normas do Plano de Contas (para os demonstrativos contábeis), no Diário Oficial do Estado da sede da OPS e em jornal de grande circulação no município de sua sede, nos seguintes prazos:

- até 5 (cinco) dias antes da Assembléia Geral Ordinária, quando se tratar de operadora regida por estatuto social, ou,
- até o último dia útil do mês de abril do exercício subsequente, em qualquer outro caso (exceto cooperativas);
- até o último dia útil do mês de abril subsequente à data de realização da Assembléia Geral Ordinária, anualmente.

As operadoras com Patrimônio Líquido/Patrimônio Social inferior a R\$ 1 milhão estão desobrigadas de elaborar a Demonstração de Origens e Aplicações de Recursos. As operadoras com um número de beneficiários inferior a 20 mil estão dispensadas da publicação do parecer do auditor independente e das demonstrações financeiras.

8) Quanto à remessa à ANS das Demonstrações Contábeis e do parecer dos Auditores Independentes – as operadoras são obrigadas a remeter à ANS as demonstrações contábeis contendo o Balanço Patrimonial, Demonstração dos Resultados, Demonstração das Origens e Aplicações de Recursos, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido e Notas Explicativas, bem como o respectivo parecer dos auditores independentes, até 31 de maio de cada ano.

As operadoras com um número de beneficiários inferior a 20 mil estão dispensadas da remessa das demonstrações financeiras, sendo esta suprida pelo preenchimento e

encaminhamento do DIOPS do 4º trimestre. Entretanto, permanece a obrigatoriedade da remessa do parecer dos auditores independentes.

9) Quanto à Adoção ao Plano de Contas Padrão – as operadoras estão obrigadas a adotar o Plano de Contas Padrão na forma do Anexo da RDC 38.

10) Quanto à escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios – as operadoras deverão promover a escrituração dos registros auxiliares obrigatórios, com os elementos estabelecidos pelo item 6 do anexo da RDC 38, totalizando as operações mensalmente.

Os livros auxiliares obrigatórios são os seguintes:

- I. Registros de Contratos Emitidos;
- II. Registros de Contraprestações Recebidas e Restituídas;
- III. Registros de Eventos Conhecidos;
- IV. Registros de Eventos Pagos;
- V. Registros de Comissões Emitidas;
- VI. Registros de Eventos Ressarcidos ou Recuperados.

11) Quanto à atualização dos Registros Auxiliares Obrigatórios – as operadoras deverão manter os livros de registros auxiliares obrigatórios atualizados. O atraso não poderá ser superior a 90 (noventa) dias, e, se tal ocorrer, deverá ser devidamente justificado a ANS.

12) Quanto às Garantias Financeiras instituídas pela RDC nº 77 – esta Resolução, que trata das garantias financeiras, criou provisões e índices que devem ser observados por todas as OPS, exceto as autogestões patrocinadas e as seguradoras especializadas no ramo saúde. Deve-se observar a existência de prazos para constituição de 100% das provisões ou índices. Há também a necessidade de se identificar qual o segmento e a região de atuação da operadora fiscalizada, pois os fatores ponderadores K, Y e W inseridos nas fórmulas de cálculo variam em função dessas variáveis. Cada item será abordado individualmente, demonstrando-se a metodologia de cálculo e os passos para a verificação da correta aplicação da RDC nº 77.

A única provisão que não será objeto de fiscalização é a provisão de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR), cuja constituição é facultativa.

Em resumo, são os seguintes os índices e provisões:

- Provisão de risco;
- IBNR;
- Margem de solvência;
- Capital mínimo;
- Provisão para Operação;
- Índice de Giro de Operação (IGO).

12.1) Quanto à elaboração da Provisão de Risco – esta provisão, de periodicidade mensal, é constituída para a garantia das obrigações contratuais das OPS.

Corresponde ao maior dos valores entre as seguintes hipóteses:

- 50% das contraprestações líquidas emitidas nas modalidades pré-pagamento;
- média dos eventos indenizáveis líquidos conhecidos, na modalidade pré-pagamento, nos últimos 12 meses, multiplicado pelo fator Y da tabela B do anexo I da RDC nº 77.

Fórmula de cálculo:

- o maior valor encontrado conforme o item anterior, deve ser o valor da provisão.
- deve-se atentar para os percentuais de cumprimento do art. 11 da RDC nº 77.

Esta Provisão aplica-se a todas as operadoras, exceto às autogestões patrocinadas e às seguradoras especializadas no ramo saúde.

12.2) Quanto à Margem de Solvência – a Margem de Solvência corresponde a uma reserva suplementar às provisões técnicas de que a operadora deverá dispor para suportar oscilações das suas operações. Não há necessidade de constituição de provisão, tratando-se de um índice a ser observado constantemente.

Para o cálculo da Margem de Solvência, a RDC nº 77 define *Ativo Líquido* como o valor contábil representado pelo *Patrimônio Líquido ajustado* pelos seguintes valores:

Adições:

- lucros não realizados da carteira de ações;
- receitas de exercícios futuros efetivamente recebidas.

Deduções:

- participações diretas ou indiretas em sociedades congêneres (outras OPS) atualizadas pela efetiva equivalência patrimonial;
- despesas de exercícios futuros efetivamente despendidas;
- despesas antecipadas.

Fórmula de cálculo

O valor do Ativo Líquido deve ser suficiente para cobrir os seguintes valores, concomitantemente:

- 20% da média anual do total das contraprestações pecuniárias emitidas líquidas nos últimos 36 meses;
- 33% da média anual do total dos Eventos Indenizáveis Líquidos nos últimos 60 meses.

Conforme o art. 10 da RDC nº 77, somente estão obrigadas a observar a Margem de Solvência as OPS que se enquadrem no segmento terciário, conforme definido no inciso VI do art. 4º da RDC nº 39.

12.3) Quanto ao Capital Mínimo – as operadoras devem possuir Capital Mínimo para operarem planos de assistência à saúde. O Patrimônio Líquido destas operadoras também devem ser, a qualquer tempo, superior ao Capital Mínimo, para prevenir que as operadoras ao acumularem prejuízos que reduzam o Patrimônio Líquido cheguem a um valor abaixo do mínimo estabelecido.

Fórmula de cálculo

Multiplicação de um fator variável K, obtido na Tabela A do Anexo I da RDC nº 77, pelo capital base R\$ 3.100.000,00.

A exigência do Capital Mínimo deve ser observada por todas as operadoras com fins lucrativos, exceto as autogestões patrocinadas e as seguradoras especializadas no ramo saúde.

12.4) Quanto à Provisão para Operação – as OPS sem fins lucrativos devem constituir Provisão para Operação para operarem planos de assistência à saúde. O valor desta Provisão deve ser, no mínimo, igual ao calculado segundo os critérios para apuração do Capital Mínimo. Além desta Provisão, deve-se atentar para o Patrimônio Líquido destas operadoras, cujo valor deve, a qualquer tempo, ser igual ou superior à zero.

Fórmula de cálculo

Multiplicação de um fator variável K, obtido na Tabela A do Anexo I da RDC nº 77, pelo capital base R\$ 3.100.000,00.

Deve-se observar que, para as cooperativas médicas e odontológicas, a parcela da variável K será reduzida do percentual das transferências em co-responsabilidade das contraprestações pecuniárias na modalidade de pré-pagamento.

A Provisão para Operação deve ser observada por todas as operadoras sem fins lucrativos, exceto as autogestões patrocinadas e as seguradoras especializadas no ramo saúde.

12.5) Quanto ao Índice de Giro de Operação (IGO) no índice que deverá ser atingido ou superado pelas operadoras (atualmente “1”), cuja metodologia leva em consideração o índice de liquidez das operadoras juntamente com o percentual dos Eventos Indenizáveis e das Despesas de Comercialização sobre as Contraprestações Líquidas.

Fórmula de cálculo

Deve-se multiplicar o fator de ponderação W pelo resultado da divisão das variáveis A e B, onde:

- W $\Rightarrow$ ponderador a ser obtido na tabela C do Anexo I da RDC nº 77, conforme a segmentação e região de atuação da OPS;

- $A \Rightarrow$ resultado da divisão do Ativo Circulante pelo Passivo Circulante
- $B \Rightarrow$ resultado da divisão da soma dos Eventos Indenizáveis Líquidos e das Despesas de Comercialização pelas Contraprestações Líquidas.

Para o cálculo acima, quanto aos valores referentes aos Eventos Indenizáveis Líquidos, Despesas de Comercialização e Contraprestações Líquidas, deve-se utilizar a média dos últimos 12 meses em relação à data-base do cálculo.

O IGO igual ou maior que 1 é exigido trimestralmente para todas as operadoras, exceto para as autogestões patrocinadas e as seguradoras especializadas em seguro saúde. Quando o IGO não é atingido, a ANS pode solicitar Plano de Recuperação às operadoras.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria das barreiras à entrada e à saída

Por que regular? Os motivos da regulação podem ser justificados de várias formas técnicas, por exemplo, é decorrente do poder de influenciar a economia, a indústria e os indivíduos. O Estado ordena ou regula a atividade econômica tanto quando concede ao particular a prestação de serviços públicos e regula sua utilização, como quando edita regras no exercício do poder de polícia administrativo.

Segundo Kupfer (2002) no campo econômico, a utilização do conceito de regulação é a correspondência necessária de dois fenômenos: em primeiro lugar, a redução da intervenção direta do Estado na economia, e, em segundo lugar, o crescimento do movimento de concentração econômica. Isso leva à necessidade de elaboração de uma teoria regulatória que considere esses princípios concorrenciais, reforçando-os e moldando-os às necessidades do mercado.

O mercado é tratado como um espaço abstrato de encontro de oferta e demanda, adotando-se uma noção de produto como algo absolutamente bem definido e, portanto, perfeitamente distinguido na análise dos consumidores. Neste sentido, o mercado reflete, em última instância, o conjunto de empresas produtoras de mercadoria, de forma que a cada indústria¹ corresponde um mercado. Em consequência, o conceito de indústria expressa espaços delimitados e estancques de competição. De modo geral, portanto, mercado e indústria representam espaços de concorrência cuja delimitação não é (e não pode ser) estanque – nem no que se refere à definição do produto, nem quanto aos objetivos concorrenciais e de expansão.

Medidas de concentração industrial são úteis para indicar preliminarmente os setores para os quais se espera que o poder de mercado seja significativo. Contudo, existem pelo menos três razões para que esses indicadores, construídos a partir de participações de mercado, não sejam completos nesse tocante:

¹ A indústria é definida como um grupo de empresas produzindo um produto homogêneo (Kupfer, 2002).

1. Se a entrada em um mercado for fácil, nenhuma empresa poderá exercer poder de mercado, não importando o quão ampla seja sua participação neste mercado;
2. Uma empresa pode ter uma parcela de mercado elevada não decorrente de poder de mercado, mas advinda de custos reduzidos ou de produtos de qualidade superior;
3. O cálculo de medidas de concentração pressupõe a delimitação de mercado e implica a disciplina exercida por substitutos próximos, comercializados em outros mercados.

Índices de concentração fornecem um indicador sintético da concorrência existente em um determinado mercado. Quanto maior o valor da concentração, menor é o grau de concorrência entre as empresas, e mais concentrado (em uma ou poucas empresas) estará o poder de mercado virtual da indústria.

Segundo Kupfer (2002), uma maior concentração industrial implica maior desigualdade na repartição do mercado entre as empresas, isto não significa que o inverso seja verdadeiro, isto é, que maior desigualdade implica maior concentração. Em tese, acredita-se, que as indústrias com maior grau de concentração seriam mais lucrativas.

Por que, então, a maioria das indústrias é concentrada? Mais importante, diversas tentativas de comprovação empírica da hipótese de que a lucratividade de uma indústria é positivamente correlacionada com o grau de concentração também levaram a resultados pouco conclusivos.

As imperfeições decorrentes da existência de mercados muito concentrados, como é o caso das estruturas oligopólicas e dos monopólios, geram arranjos institucionais economicamente ineficientes e incapazes de maximizar o bem-estar agregado da sociedade. Dessa forma, a presença de poder de mercado apresenta situações que muitas vezes demandam algum tipo de intervenção do Estado, evitando a adoção de práticas obstaculizadoras da livre concorrência por parte dos vendedores que já estão no mercado.

As falhas de competição não constituem, porém, a única distorção nos mercados de bens e serviços. De fato, a literatura sobre o assunto traz uma série de outros problemas subjacentes ao funcionamento dos mercados, o que também justificaria algum tipo de ação regulatória do Estado, como as externalidades produzidas pela produção e pelo consumo de determinado bem ou serviço, a assimetria de informações entre os agentes relevantes, a característica de bens públicos que certos produtos possuem e a configuração de monopólios naturais.

A existência de externalidades constitui um importante grupo de falhas e independe da estrutura de mercado, podendo ser observada tanto nos mercados competitivos como nos oligopólios. As externalidades resultam das atividades de produção e consumo e representam custos ou benefícios que não se encontram refletidos como parte integrante do preço de mercado, ou seja, são externos ao mercado (Pindyck e Rubinfeld, 1994). As externalidades podem ser negativas ou positivas, dependendo do tipo de efeito resultante da ação, impondo custos ou gerando benefícios para outros produtores e consumidores. A poluição decorrente da utilização de automóveis, que afeta o ar que todas as pessoas respiram, é um exemplo de externalidade negativa. Nesse caso específico, o Estado poderia agir através da imposição de mecanismos de controle sobre a emissão de poluentes, incentivando a fabricação de automóveis menos poluentes.

A ausência de informação completa a respeito das variáveis relevantes para as tomadas de decisão dos agentes econômicos constitui outro conhecido grupo de falhas de mercado, mais conhecido como informação assimétrica. Sem o conhecimento perfeito de todos os aspectos quantitativos e qualitativos que influem no mercado, não há como garantir uma decisão racional por parte de produtores e consumidores nas suas escolhas. O fenômeno da seleção adversa, no mercado de planos de saúde, é uma das implicações mais conhecidas da informação assimétrica, uma vez que as pessoas que adquirem plano de saúde tendem a ocultar informações sobre seu real estado de saúde, implicando custos mais elevados para as operadoras do que aqueles inicialmente planejados. Como decorrência, as operadoras de planos de saúde realizam a seleção de risco, mediante a adoção de mecanismos para restringir o acesso de clientes que apresentam maior risco potencial. A atuação do Estado, em um mercado que apresenta falhas desse tipo, deve consistir na adoção de mecanismos que garantam o acesso dos agentes econômicos à informação adequada, tornando o mercado mais eficiente.

Outro grupo de falhas de mercado é aquele relacionado à existência de bens públicos, cuja produção privada pode não ocorrer de forma eficiente devido às suas características de não-rivalidade e não-exclusividade. A primeira característica (não-rivalidade) está relacionada à possibilidade de usufruto simultâneo do bem por duas ou mais pessoas sem custo adicional ou prejuízo para qualquer outra; a segunda significa que não se pode excluir outra pessoa do consumo gratuito do bem, impossibilitando a cobrança por sua utilização. Tais características inviabilizariam a constituição de um mercado privado para esses bens, de modo que a intervenção do Estado seria necessária para garantir sua provisão. Um dos exemplos mais típicos de bem público é a defesa nacional: uma vez estabelecida por determinado país, todas as pessoas desse país poderão desfrutar do seu benefício a um custo marginal igual a zero.

Por fim, os monopólios naturais representam um caso específico de estrutura de mercado, com implicações importantes do ponto de vista da concorrência. Dado que os monopólios naturais são aqueles setores que apresentam economias de escala para toda a sua produção, decorrentes da existência de custos fixos muito elevados e custos marginais muito baixos para produzir uma unidade adicional, o número de empresas produtoras que minimiza o custo total da indústria é um. Assim, a concorrência nesse mercado não seria possível nem sequer desejável, de modo que caberia ao Estado criar condições para que esse tipo de produto seja ofertado. Os serviços de utilidade pública, como os de infra-estrutura urbana (geração e transmissão de energia elétrica, telecomunicações, transportes, etc.), são exemplos conhecidos de monopólios naturais.

As falhas de mercado constituem, portanto, a justificativa para a adoção de políticas públicas regulatórias, de acordo com a teoria econômica tradicional, procurando assegurar uma alocação mais eficiente de recursos.

Segundo o trabalho de Joe S. Bain, nas décadas de 1940 e 1950 ganhou corpo nas teorias de economia industrial a idéia de que o principal fator na determinação dos preços e da lucratividade em uma indústria está relacionado à facilidade ou dificuldade que as empresas estabelecidas encontram para impedir a entrada de novas empresas no mercado, isto é, existência ou não de barreiras.

Os incentivos à entrada estão associados à possibilidade de uma nova empresa vir a se estabelecer na indústria e obter lucros extraordinários por certo período de tempo. Nas

análises estáticas de entrada é comum considerar-se que somente haja incentivo à entrada se esses lucros puderem ser auferidos imediatamente após a entrada.

Qualquer fator que impeça a livre mobilidade do capital para uma indústria no longo prazo e, conseqüentemente, torne possível a existência de lucros supranormais permanentes nessa indústria, constitui barreira à entrada.

Segundo a definição de Stiglitz, existe barreira à entrada em uma indústria se há custos incorridos pelas empresas entrantes que não foram desembolsados pelas empresas estabelecidas quando iniciaram a operação. Essa assimetria de custos entre empresas estabelecidas e empresas entrantes após a entrada impossibilita essas últimas de obterem a mesma lucratividade que as primeiras.

Os elementos presentes na estrutura da indústria que podem constituir fontes de barreira à entrada são existência de:

1. vantagem absoluta de custos a favor das empresas estabelecidas;
2. preferências dos consumidores pelos produtos das empresas estabelecidas;
3. estruturas de custos com significativas economias de escala;
4. elevados requerimentos de capital inicial.

Como já mencionado anteriormente, o Estado utiliza instrumentos regulatórios para intervenção na regulação da atividade econômica, tais como: controle de preços, controle de qualidade, instituição de barreiras à entrada e à saída, etc. Neste caso específico tratarei da instituição de barreiras à entrada e à saída das empresas no setor de saúde suplementar.

O conceito de entrada é de fundamental importância na avaliação do grau de concorrência de um determinado mercado. Quanto mais elevadas forem as barreiras à entrada em um mercado, menor é a pressão competitiva exercida pelos entrantes potenciais sobre as empresas já estabelecidas.

A presença de baixas barreiras à entrada inibe comportamentos anticompetitivos das empresas, tais como o conluio e a cartelização, com o objetivo de fixar preços acima dos custos marginais (preços monopolísticos). A alocação dos recursos e o bem-estar social são indiretamente influenciados pelo nível das barreiras à entrada no mercado. Barreiras elevadas reduzem a competição que, por sua vez, determina o nível de preços e a eficiência alocativa do mercado.

Baixas barreiras à entrada estimulam a competição entre as empresas, elevando tanto a eficiência quanto o bem-estar econômico da sociedade. Bain (1956) considerava que poderiam existir barreiras se a entrada de uma nova empresa em uma indústria exigisse a mobilização de elevada soma de capital para fazer em face do investimento inicial – as barreiras de capital. Barreiras de capital seriam um reflexo direto da dificuldade em financiar os grandes volumes de capital requeridos quando o investimento inicial é muito elevado, não tendo qualquer relação com os impactos sobre os preços ou lucratividade provocados pelo momento da oferta total da indústria em consequência da entrada.

A presença de baixas barreiras à entrada em um mercado implica a existência de forte concorrência potencial, o que é suficiente para impedir o surgimento e exercício de poder de mercado por parte das empresas. Uma avaliação detalhada do grau de competição de um determinado mercado perpassa, naturalmente, por uma análise das barreiras à entrada, já que elevadas barreiras inibem a competição, implicando tão mais distantes resultados competitivos quanto maiores forem estas barreiras.

A abordagem pioneira foi introduzida por Bain (1956), segundo o qual uma condição de entrada em uma indústria para possíveis novos produtores é avaliada pelas vantagens que as firmas estabelecidas possuem sobre os competidores potenciais. Essas vantagens refletem-se na capacidade de elevar, persistentemente, os preços acima do nível competitivo, sem com isso atrair novas firmas para a indústria em questão.

Segundo Porter (1947), através da estratégia competitiva, as empresas buscam definir e estabelecer uma abordagem para a competição em suas indústrias que seja, ao mesmo tempo, lucrativa e sustentável. A natureza da competição está materializada em cinco forças competitivas: 1) ameaça de novas empresas, 2) ameaça de novos produtos ou

serviços, 3) poder de barganha dos fornecedores, 4) poder de barganha dos compradores e 5) rivalidade entre os competidores existentes.

As barreiras à entrada derivadas da diferenciação de produto decorrem da presença de elementos que fazem com que os consumidores considerem mais vantajoso adquirir um produto de empresas já existentes em vez de similares oferecidos por novos concorrentes. Em mercados onde os produtos são muito diferenciados, os gastos em publicidade e propaganda inibem, de certa forma, a entrada de novos competidores. A fixação da marca para os consumidores exige elevados investimentos em publicidade, até que os resultados apareçam sob a forma de vendas.

As barreiras à entrada decorrentes da presença de vantagens absolutas de custo ocorrem quando as empresas estabelecidas têm acesso exclusivo a determinados ativos ou recursos, o que faz com que seus custos de produção sejam inferiores aos custos das novas empresas. Tais vantagens podem surgir da capacitação de recursos humanos qualificados, de tecnologias disponíveis apenas para as firmas já estabelecidas, do controle de suprimento de matérias-primas através da integração vertical, da compra de matérias-primas mais baratas e do menor custo de capitalização.

Um terceiro tipo de barreiras são as economias de escala, ou seja, as reduções dos custos médios resultantes do aumento do nível de produção e da maior especialização.

Portanto, existem setores em que a escala mínima eficiente é elevada, restringindo a entrada de empresários de menor porte. Em mercados com grandes economias de escala frente ao tamanho do mercado, a tendência é a concentração da oferta.

Requerimentos elevados de capital para o início de operação também são fontes de barreiras à entrada. Um entrante potencial que não possua uma base de negócios significativa terá maior dificuldade em negociar empréstimos junto ao mercado de capitais.

Já as barreiras à saída decorrem da existência de custos que as empresas necessitam incorrer para encerrar a produção. Esses custos podem ser desembolsos efetivos como, por exemplo, os custos de rescisão dos contratos em vigor, ou custos de oportunidade

referentes a investimentos realizados ainda não totalmente amortizados e que não tenham valor de revenda; os chamados custos irrecuperáveis (*sunk costs*).

Até aqui, somente foram apresentadas as barreiras à entrada derivadas de características peculiares ao mercado. Entretanto, o Estado, ao produzir regulamentações para o mercado, também altera as condições estruturais de entrada para novas empresas. Esta atuação, representada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no caso específico, também tem a capacidade de restringir a entrada de novas empresas, e será devidamente estudada na seção de instrumentos regulatórios de avaliação e controle do mercado.

O capital inicial necessário para a viabilidade econômico-financeira de uma operadora está baseado fundamentalmente na sua forma de operação. Por exemplo, uma operadora que deseje ter rede própria, deve construir hospitais, laboratórios, ambulatorios, clínica ou então adquiri-los no mercado. Em ambos os casos é de se esperar que o investimento inicial para esse tipo de negócio seja elevado.

Alternativamente, uma operadora pode não ter rede própria, contratando, então, os serviços cabíveis no mercado. Se, por um lado, essa opção reduz as suas possibilidades de gerenciamento de custos, por outro, implica investimento inicial de menor porte.

As barreiras à entrada derivadas de requerimentos de capital serão mais elevadas quanto maior a extensão e a qualidade da rede própria. A região de atuação também determina a necessidade de capital para iniciar as operações. Quanto maior a abrangência geográfica, maior os requerimentos de capital.

Quanto maior o investimento inicial a ser realizado, muito mais difícil tende a ser a entrada de uma nova empresa na indústria, por quê? A resposta está no fato de que elevados requerimentos iniciais de capital são geradores de barreiras à saída, pois esses investimentos tendem a ser formulados, em grande parte, por ser custos irrecuperáveis que terão importantes implicações sobre o comportamento estratégico das empresas.

2.2 Regulação do Mercado de Assistência à Saúde no Brasil

Estima-se que, a partir de meados dos anos 50, surgiram os primeiros planos privados de assistência à saúde no Brasil. Sem nenhuma regra formal específica sobre o seu funcionamento, o que valia era a livre pactuação entre os contratantes.

Corroborando o entendimento quanto à liberdade dos agentes do mercado em contratar, os economistas da Escola Clássica, também pregavam a livre concorrência e a autorregulação dos mercados, através da lei da oferta de mercado. Abreu (1995) explicita que “para esses autores, as leis naturais da vida econômica têm como princípio regulador a livre concorrência exercida pelos agentes econômicos. Concorrência que leva à divisão do trabalho, alavancando a produção, enquanto a natureza seria um fator originário. O corpo analítico da escola clássica tem quatro princípios dominantes: liberdade de empresa, existência da propriedade privada, liberdade de contrato e liberdade de troca”.

Acontece que, com o passar do tempo, ocorreu aumento da população e os serviços oferecidos pelo Estado não evoluíram na mesma proporção, de forma a atender, especialmente, à assistência à saúde. Paralelamente, os serviços privados de assistência à saúde foram ocupando espaço a partir dessa não-satisfação das necessidades da população por parte do Estado. Daí surgiram os primeiros planos de saúde empresariais, fruto de conquistas trabalhistas e, posteriormente, aqueles destinados às classes sociais menos carentes e que tinham possibilidade de, preventivamente, se protegerem de eventuais transtornos referentes à sua saúde e à de seus familiares através da contratação, também, de planos de saúde, hoje classificados como individuais e familiares. Com isso, o mercado chegou recentemente a atingir a marca de aproximadamente 35 milhões de usuários de Planos de Saúde, segundo os registros da ANS, o que corresponde a cerca de 1/5 da população do País.

Ocorre que, no caso do mercado de assistência suplementar à saúde no Brasil, não se verifica equilíbrio de poder entre os agentes do setor. Daí surge a necessidade de intervenção do Estado para mediar esse equilíbrio. Ainda conforme Benjó (1999):

...um governo que mantenha a lei e a ordem; defina os direitos de propriedade; sirva de meio para a modificação dos direitos de propriedade e de outras regras do jogo econômico; julgue disputas sobre a interpretação das regras; reforce contratos, promova a competição; forneça uma estrutura monetária; envolva-se em atividades para evitar monopólio técnico e evite os efeitos laterais considerados como

suficientemente importantes para justificar a intervenção do governo; suplemente a caridade privada e a família na proteção do irresponsável, quer se trate de um insano ou de uma criança; um tal governo teria, evidentemente, importantes funções a desempenhar.

O que se verifica, na realidade, no mercado de assistência à saúde suplementar, é uma discrepância na informação disponível entre seus agentes, de forma que o consumidor torna-se a parte mais vulnerável da relação, pois não compreende o conteúdo dos contratos e não tem a capacidade técnica de estimar ou avaliar se os produtos disponíveis compreendem as suas necessidades eventuais e futuras de assistência à saúde. Conforme Costa (2001),

outra falha na formação do mercado competitivo é a falta de informação suficiente para o consumidor avaliar a qualidade do que lhe é oferecido para compra. Para muitos itens esse poder de escolha é satisfatório. Para outros, a sofisticação dos novos produtos e o processo produtivo excedem a capacidade de avaliação dos consumidores para exercerem diferentes escolhas.

Pode-se então, considerar que nesse mercado não existe o pressuposto da “concorrência perfeita”, tão defendida em economia como mecanismo ideal de funcionamento dos mercados e cabe aqui citar Teixeira (2001):

um mercado é teoricamente perfeito apenas quando todos os comerciantes têm perfeito conhecimento das condições de oferta e procura, e da relação de troca conseqüente; e em qualquer momento nesse mercado poderá haver apenas uma relação de troca de um bem homogêneo.

Além disso, ainda no que se refere às imperfeições existentes no mercado de assistência à saúde e enfatizando as suas conseqüências no processo decisório dos agentes, Teixeira (2001), observa que a complexidade do problema do equilíbrio dos mercados, foi sintetizada pelo professor Simonsen:

essa teoria não passa de uma abstração e que o mundo real não passa de uma sucessão de desequilíbrios. O que há a lembrar é que as dificuldades para teorizar sobre esse mundo real são consideráveis, pois se faz necessário saber: a) como os agentes econômicos se decidem em face da incerteza (...); b) como os erros de previsão no passado afetam as previsões para o futuro.

Ainda de acordo com Teixeira (2001), um dos pressupostos de Marshall para se considerar a existência da ‘concorrência perfeita’ nos mercados é quando “todos os agentes estão perfeitamente informados sobre tudo que se passa no mercado”, o que não é o caso do consumidor que carece das informações necessárias ao seu discernimento

frente aos contratos e produtos do mercado de assistência suplementar à saúde. Conforme Costa (2001):

Essa assimetria de informação, quando considerada no campo da saúde, refere-se, de modo mais específico, à questão assinalada por Arrow (1963) sobre a impropriedade do mercado como mecanismo para a provisão de atenção à saúde, principalmente pela inerente distribuição injusta dos serviços. A maioria dos pacientes não detém a informação necessária para guiar as escolhas como consumidor.

Caracterizada a imperfeição no mercado de assistência suplementar à saúde no Brasil, o Estado brasileiro optou por interferir no mercado, ou regular a economia e o funcionamento do mercado específico, de forma a buscar o equilíbrio entre os seus agentes e a manutenção do serviço social prestado pelo setor privado, de forma complementar ao sistema público de saúde, o SUS. Teixeira (2001) considera como fundamentos para essa intervenção as seguintes situações mercadológicas: i. indivisibilidade do produto; ii. externalidades; iii. riscos e incertezas na oferta de bens; iv. assimetria de informação.

Diante disso, quando o mercado não oferece mecanismos que propiciem o equilíbrio entre seus agentes, o Estado deve intervir para tentar equilibrar essa relação. Segundo Baldwin e Cave (1999),

para se avaliar quando e qual mercado deve ser regulado, deve-se cotejar os benefícios e prejuízos para todos os *stakeholders*², comparando a situação do mercado livre com o regulado, e daí se concluir qual oferece melhores condições a todos.

No Brasil, o modelo de regulação que vem sendo adotado compreende toda atividade estatal de supervisão e controle de setores privados que prestam serviços públicos ou de interesse público, utilizando-se da elaboração e edição de regras para o seu funcionamento, além de instrumentos de coerção, como o poder de polícia presente no direito administrativo, com o objetivo de influenciar o comportamento dos agentes sociais e de mercado para a melhor prestação dos serviços à sociedade. Entretanto, no caso do mercado brasileiro de assistência suplementar à saúde, não cabe a utilização do enfoque regulatório como sendo apenas a defesa da concorrência e do consumidor tão somente, devendo contemplar o equilíbrio dos valores políticos e sociais que estão relacionados ao serviço público regulado, tendo em vista a natureza do próprio bem sob

² Agentes e grupos de interesse que operam em um determinado mercado.

regulação. Para a utilização dos instrumentos regulatórios pelo Estado brasileiro, cabe citar aqui Salomão Filho (2001):

é importante ressaltar que a afirmação da importância da proteção institucional da concorrência pela regulação não significa a descoberta de um valor único para a regulação, mas de um valor mínimo. (...) Mínimo porque é o único a permitir o conhecimento, a avaliação crítica – por consumidores e concorrentes –, dos demais valores que deve perseguir a regulação.

Além disso, os valores verificados na sociedade brasileira e a própria dinâmica do mercado de planos de saúde impossibilitam que o Estado exerça uma regulação utilizando o enfoque puramente mercadológico. Salomão Filho (2001) afirma que esse enfoque econômico deve conviver com os aspectos sociais da regulação, por que “em virtude disso, é preciso admitir a convivência dos aspectos econômicos e sociais da regulação e reconhecer, ainda, que a preponderância de um sobre o outro pode variar conforme a natureza do setor regulado”.

Apesar disso, o estímulo à concorrência no mercado é um importante instrumento de equidade entre os agentes do mercado, pois somente ela pode, de certa forma, atenuar o vazio informativo proporcionado pelo mercado Salomão Filho (2001). E para que essa concorrência seja eficaz como instrumento de regulação, é importante que nos produtos comercializados pelas empresas estejam previstos a satisfação de valores sociais que são considerados culturalmente importantes. Segundo Salomão Filho (2001),

os representantes mais progressistas da escola do novo institucionalismo econômico já aceitam expressamente a dificuldade e até impossibilidade de estabelecimento de valores a partir de regras econômicas, admitindo que valores culturais e morais têm uma influência grande o suficiente sobre o comportamento econômico e as instituições para impedir esse tipo de presunção.

2.3 Regulação e o Modelo de Agências

No Estado brasileiro, vêm sendo criadas diversas agências reguladoras para a supervisão das atividades de diversos setores do mercado, a partir da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, apesar de já existirem, há muito tempo, outros órgãos públicos que exercem atividades regulatórias, como o Banco Central, a Comissão de Valores Mobiliários (CVM), a Superintendência de Seguros Privados (Susep), etc., para citar os da esfera federal. Essas novas agências estão sendo concebidas e implantadas com estruturas e formas de atuação diferenciadas das demais, inclusive, em relação às suas

competências de gestão e interferência no patrimônio privado. Algumas, em sua concepção, já têm incorporado o princípio da auto-executoriedade³, que prevê a sua intervenção no patrimônio privado, de forma que, com sua própria ação, se for necessário, possa fazer-se cessar ou interromper, de forma direta, as práticas ilegais observadas nas empresas sob regulação. São os casos, principalmente, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional do Petróleo (ANP).

O Estado brasileiro, na reforma administrativa de 1995, adotou modelos organizacionais distintos destinados a diversos setores, de acordo com a divisão prevista no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado: NÚCLEO ESTRATÉGICO: Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público; ATIVIDADES EXCLUSIVAS: Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica; SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS: Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus; PRODUÇÃO PARA O MERCADO: Empresas Estatais.

O Estado organizado sob essa nova forma, a partir de então, passou a ser dividido em setores de acordo com a atividade ou serviço prestado e área de atuação. O Núcleo Estratégico é composto pelos Poderes Legislativo e Judiciário, pelo Ministério Público e, no Poder Executivo, pelo presidente da República, ministros e assessores diretos. É ele o responsável pela condução do governo e o que define as leis e as políticas públicas. Outro setor é o das Atividades Exclusivas de Estado, compreendendo aquelas atividades por meio das quais interfere no Setor Privado e que somente o Estado pode realizar através de seu poder extroverso: as de regular, regulamentar, fiscalizar e fomentar. Este setor compreende as agências reguladoras, as agências de fomento, os órgãos de fiscalização, a Polícia, a Previdência, dentre outros. Outro setor é o de serviços não-exclusivos, que compreende a prestação de serviços pelo Estado que já se encontram ofertados à população por entidades públicas não-estatais e privadas, cuja proposta de modelo adotado é o das organizações sociais. E o último setor, o de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, é aquele em que o Estado esteve presente em diversas áreas enquanto o mercado não atuava ou era deficiente e havia grande necessidade da população pelo bem ou serviço. Nesse setor, o modelo proposto é a privatização, com a conseqüente regulação por entidade estatal.

³ Meirelles (2000, p. 127), define auto-executoriedade como “a faculdade de a Administração decidir e executar diretamente sua decisão por seus próprios meios, sem intervenção do judiciário, é outro atributo

Segundo Saraiva (2002), “a agência reguladora é um agente fiscal de moralidade constitucional e administrativa e também um órgão voltado muito mais para os usuários, para a sociedade, do que para o interesse público capital do Estado”.

Para a regulação do setor de assistência suplementar à saúde foi criada, em janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que mais interessa ao escopo desta dissertação.

2.4 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

A regulação do mercado de saúde suplementar teve início com a edição da Lei nº 9.656, em 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e com a Medida Provisória (MP) nº 1.665, de 5 de junho de 1998. Encontra seu ponto culminante com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em novembro de 1999, pela MP nº 1.928, convertida em Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000.

A ANS é uma autarquia sob regime especial, e tem por finalidade atuar como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam, em todo o território nacional, a assistência suplementar à saúde. Possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão dos próprios recursos humanos.

Trata-se de medida significativamente inovadora, uma vez que propõe o ingresso da ação governamental num campo que vem funcionando há mais de quarenta anos sem qualquer forma de controle estatal: o mercado dos planos e seguros de saúde. Traz, também, um desafio, pois não há nenhum órgão constituído a quem suceder, conforme ocorre com os serviços públicos privatizados que passam para a supervisão do Estado via agências reguladoras setoriais.

Na regulação da dimensão econômico-financeira são definidas as condições de entrada, de permanência e de saída do setor e é exigida a constituição de reservas e garantias. Pretende-se dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor.

Na dimensão da assistência à saúde, a regulação então estabelecida exige que todas as operadoras demonstrem sua capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde. É criado um Plano Referência, que estabelece um padrão de coberturas assistenciais, incluindo todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10). Ao consumidor é dado o direito de optar por adquirir um plano ou seguro saúde com coberturas ambulatoriais e/ou hospitalar com ou sem obstetrícia, como também com coberturas odontológicas. Um dos avanços com o advento da Lei nº 9.656/98 é a proibição de limites de consultas e internações.

A ação regulatória da ANS visa assegurar a sustentabilidade econômica e social das atividades desempenhadas por agentes do mercado e se faz presente no gerenciamento das informações que são coletadas tanto junto a esse mercado (operadoras e prestadores de serviço), quanto junto aos consumidores. A qualidade da regulação produzida associa-se à qualidade do fluxo de informações processadas no interior da Agência e ao grau de representatividade dos interesses que consegue alcançar.

Até a vigência da Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos e seguros de saúde, parte do setor referente às seguradoras de saúde obedecia à legislação geral de seguros privados, submetendo-se à regulamentação da Susep, autarquia federal vinculada ao Ministério da Fazenda, responsável pela regulamentação da atividade de seguro. Daí, com o advento da Lei 9.656/98 e sua efetiva vigência em janeiro de 1999, todas as empresas que atuavam nesse ramo, não mais somente as seguradoras, incluindo-se então todas as segmentações existentes, passaram a ser reguladas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu) e fiscalizadas pelo Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Saúde Suplementar (Desas), excetuando-se os assuntos referentes a reajustes que continuaram a ser dispostos pela Susep.

Na organização da ANS, conforme previsto pela Lei nº 9.961/00, a Instituição é administrada por uma Diretoria Colegiada, formada de cinco diretores que, além das atribuições de dirigentes superiores, também são responsáveis, cada um, por uma das cinco diretorias executivas da Instituição, sendo que um deles exerce cumulativamente as funções de Diretor Presidente.

A estrutura das diretorias constitui-se a estratégia visível da arquitetura organizacional da Agência, em sua ação reguladora. São as seguintes as finalidades e características de cada uma delas, conforme disposto na RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, que aprova o Regimento Interno da ANS.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – responsável pelas atividades de integração de informações e ressarcimento das operadoras ao SUS, informação e informática e modernização administrativa, bem como a melhoria do desempenho das operadoras setoriais e incentivos à qualidade;

Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – responsável pelas atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento das operadoras de planos e seguros de assistência à saúde;

Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – responsável pelas atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde;

Diretoria de Fiscalização – responsável pelas atividades de fiscalização assistencial e econômico-financeira das operadoras, bem como aplicação de penalidades, pelo descumprimento dos dispositivos legais, além do apoio ao consumidor e articulações com os órgãos de defesa do consumidor. Para cumprir plenamente sua função, a Diretoria possui unidades direcionadas para o atendimento das demandas dos consumidores de planos de saúde, distribuídas em dez Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (Nuraf) e cinco Unidades Estaduais de Fiscalização (UEF). Dispõe, também, de uma Central de Atendimento, o Disque ANS, que se destina a aferir as necessidades e queixas dos consumidores;

Diretoria de Gestão – responsável pela execução das atividades de orçamento, finanças, material, patrimônio, recursos humanos, comunicação administrativa, documentação e serviços gerais.

2.5 Atos Normativos da ANS

A regulação do setor de saúde suplementar, a partir de 1998, e o início do funcionamento da ANS, a partir de 2000, promoveram uma intervenção no mercado de seguros e planos de saúde que funcionava, em geral, por meio de relações contratuais estabelecidas entre os interessados, pessoas físicas ou empresas, e as operadoras. Estas, por sua vez, estabeleciam contratos com médicos e hospitais, apoiadas em protocolos clínicos, instrumentos de planejamento, definição de parâmetros de utilização, entre outros.

A Lei nº 9.656, de 1998, inicia a regulação do setor e direciona seu foco para corrigir as dificuldades existentes, notadamente a posição frágil dos consumidores frente à assimetria de informações nas suas relações com as operadoras. Para facilitar o entendimento destas duas fases, os atos normativos encontram-se organizados sob a forma de:

Legislação principal – constituída pelas leis de regulamentação do setor e de criação da ANS:

Lei nº 9.656/1998 – define as regras de funcionamento do setor de saúde suplementar.

Lei nº 9.961/2000 – cria a ANS e define a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza.

Regulamentações Complementares – constituídas pelas regulamentações normativas e operacionais.

Regulamentações Normativas – são regras que estabelecem políticas para o setor de saúde suplementar nacional.

Regulamentações Operacionais – expressam decisões da Diretoria Colegiada de alcance externo, tais como: alienação de carteira, instauração de regimes especiais de direção fiscal, direção técnica e de liquidação extrajudicial de operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Quadro 1 – Regulamentações complementares, período de 1999 a 2000

Tipo	Quantidade
Até 1999	
Resoluções CONSU	23
Total Geral das Regulamentações Complementares da ANS até 1999	23
Desde 2000	
Regulamentações Normativas	
Instruções Normativas	25
Desenvolvimento Setorial (DIDES)	14
Gestão (DIGES)	2
Operadoras (DIOPE)	1
Produtos (DIPRO)	8
Resoluções	21
Desenvolvimento Setorial (DIDES)	7
Operadoras (DIOPE)	5
Produtos (DIPRO)	6
Fiscalização (DIFIS)	3
Resoluções CONSU	2
Resoluções da Diretoria Colegiada	69
Resoluções Normativas	25
Súmulas Normativas	4
Total	144
Regulamentações Operacionais	
Portarias do Diretor Presidente	1
Resoluções da Diretoria Colegiada	26
Resoluções Normativas	118
Total	145
Total Geral das Regulamentações Complementares da ANS desde 2000	289

Fonte: ANS

No Quadro 1 acima, são apresentados os tipos de regulamentações complementares editadas deste 1999 até a presente data, e, também, para o período em que a regulação do setor esteve sob a orientação do Ministério da Saúde, através da Secretaria de

Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar e do então criado Consu, com 23 normas reguladoras no que se refere às atividades de produção e assistência de serviços de saúde (a regulação da atividade econômica estava sob a esfera do Ministério da Fazenda).

3. INSTRUMENTOS REGULATÓRIOS DE AVALIAÇÃO E CONTROLE DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Sistemas de avaliação e controle são instrumentos fundamentais para o aperfeiçoamento dos processos de decisão e gestão. A criação das agências reguladoras tem decorrido da tendência de esvaziamento da função de execução e de crescimento da importância da coordenação: enquanto no Estado Executor o poder advinha do dispêndio direto de recursos orçamentários, no Estado Regulador advém da capacidade de criar e impor regras (regulação).

No terreno da regulação, as ações visam assegurar que as atividades desempenhadas por agentes do mercado consigam sustentar-se econômica e socialmente. No caso da saúde, há consenso em torno da necessidade de fazer-se presente o poder público na implementação de uma regulação que garanta a reputação, a credibilidade e a solvência das operadoras de planos e seguros de saúde, possibilitando que os consumidores exerçam seus direitos de escolha em um ambiente seguro.

A regulamentação do campo de saúde suplementar visa alcançar um equilíbrio entre os diferentes atores do setor, de forma a consensar seus interesses e gerar o maior número de benefícios possível.

Três objetivos principais motivam a regulamentação: a manutenção do equilíbrio do mercado, o controle da assimetria de informação e a maximização da participação do consumidor no mercado privado de saúde. A abrangência desses objetivos aponta tanto para a proteção do consumidor quanto para o equilíbrio e manutenção do mercado. Assim, tem-se:

- I. o primeiro objetivo pressupõe a definição de padrões financeiros que regulem a entrada, permanência e saída das operadoras nesse mercado;
- II. o segundo objetivo refere-se fundamentalmente à assimetria de informações que caracteriza esse mercado (entre as operadoras e os usuários e entre os prestadores de serviços e o paciente), e deve

estender-se para duas áreas: regulação das cláusulas contratuais e das campanhas de publicidade dos planos de saúde, e regulação das relações entre planos de saúde e prestadores de serviços;

- III. o terceiro objetivo refere-se às tentativas de conciliação das práticas do mercado privado de saúde com as demandas sociais e uma maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica.

3.1 Barreiras à entrada das operadoras no mercado de saúde suplementar

Com o advento da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e com a criação da ANS, por meio da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, as operadoras de planos médico-hospitalares e as exclusivamente odontológicas passaram a ser reguladas e monitoradas. Atualmente existem regras para a constituição dessas empresas, bem como para os produtos que elas oferecem no mercado, ou seja, para os planos que elas vendem.

A ANS classificou e segmentou as empresas que se encontravam no mercado quando da sua criação. Essa classificação encontra-se na RDC de n.º 39, de 30 de outubro de 2000, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Dessa forma, hoje, no mercado, encontramos as seguintes modalidades de operadoras: Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Odontologias de Grupo, Cooperativas Odontológicas, Administradoras, Autogestões e Filantropias. Além dessas, ainda existem as Seguradoras Especializadas em Saúde.

Medicina de Grupo – opera com os chamados convênios médico-hospitalares, em que podem ser identificados três diferentes tipos: operadoras que não possuem rede própria; operadoras que possuem rede própria e operadoras associadas a hospitais filantrópicos;

Cooperativas Médicas – além dos serviços dos próprios cooperados, operam os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente;

Autogestão – sistema fechado com público específico, vinculado a empresas (públicas ou privadas) ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididos entre aquelas que operam a assistência através dos departamentos de

recursos humanos dessas companhias e aquelas que a operam de entidades vinculadas, podendo ser patrocinadas ou não-patrocinadas pelas companhias a ela vinculada;

Seguradoras – a partir do marco regulatório e, em particular, com a edição da Lei nº 10.185/2001, a atuação das seguradoras no setor saúde ficou condicionada à criação de empresa específica. As Seguradoras Especializadas em Saúde, que se definem como sociedades que operam o seguro enquadrado como plano ou produto de saúde definido pela Lei nº 9.656, de 1998, nos termos do seu art. 1º, I e §1º, devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem atuar em outros ramos do seguro.

Filantropia – entidades sem fins lucrativos que operam serviços médico-hospitalares, que começaram a comercializar planos de assistência à saúde, como forma de reestruturação econômica dessas entidades;

Administradoras – são empresas que administram planos de assistência à saúde, não possuem rede, e não assumem o risco; são financiadas pelas contratantes;

Odontológicas – entidades que operam exclusivamente planos odontológicos.

A Tabela a seguir demonstra a configuração do mercado de saúde suplementar a partir do advento da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, até o momento atual.

Tabela 9 – Distribuição do quantitativo de operadoras com registro provisório na ANS

Segmento	2000	2001	2002	2003	Jul/2004
Administradora	26	36	36	16	12
Autogestão	112	77	10	-	-
Autogestão Não Patrocinada	130	135	135	128	122
Autogestão Patrocinada	211	217	216	210	203
Cooperativa Médica	385	382	374	370	369
Cooperativa odontológica	195	189	178	172	171
Filantropia	146	148	135	130	108
Medicina de Grupo	944	949	823	771	762
Odontologia de Grupo	527	535	487	461	452

Seguradora	47	29	-	-	-
Seguradora Especializada em Saúde	-	12	13	14	14
Total	2.723	2.709	2.407	2.272	2.213

Fonte: ANS

Ainda, segundo a RDC nº 39, as operadoras que operam planos médico-hospitalares segmentam-se da seguinte forma:

I – Segmento Primário Principal (SPP): as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II – Segmento Primário Principal/SUS (SPP/SUS): as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% de sua atividade ao SUS;

III – Segmento Primário Subsidiário (SPS): as que despendem, em sua rede própria, entre 30% e 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV – Segmento Secundário Principal (SSP): as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

V – Segmento Secundário Subsidiário (SSS): as que despendem, em sua rede própria, entre 30% e 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou

VI – Segmento Terciário (ST): as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

Tabela 10– Segmentação das operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o tipo de atenção médico-hospitalar

Segmentação	Gastos em Serviços Hospitalares – Rede Própria	Gastos em Serviços Médicos – Rede Própria	Gastos em Serviços Médicos ou Gastos em Serviços Hospitalares – Rede Própria	Prestam Serviços ao SUS
Segmento Primário Principal (SPP)	> 60%	-	-	-
Segmento Primário Principal/SUS (SPP/SUS)	> 60%	-	-	< 30%

Segmento Primário Subsidiário (SPS)	Entre 30 a 60%	-	-	-
Segmento Secundário Principal (SSP)	-	> 60%	-	-
Segmento Secundário Subsidiário (SSS)	-	Entre 30 a 60%	-	-
Segmento Terciário (ST)	-	-	< 30%	-

Fonte: ANS

As empresas, que operam exclusivamente planos odontológicos, segmentam-se da seguinte forma:

I – Segmento Próprio (SP): as que despendem, em sua rede própria, mais 30% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

II – Segmento Misto (SM): as que despendem, em sua rede própria, entre 10% e 30% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

III – Segmento terciário (ST): as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.

A RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001, também dispõe que, para efeito de classificação, as operadoras deverão ser enquadradas em regiões, conforme a sua área de atuação:

– Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;

– Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;

– Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;

– Região 4: no município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba;

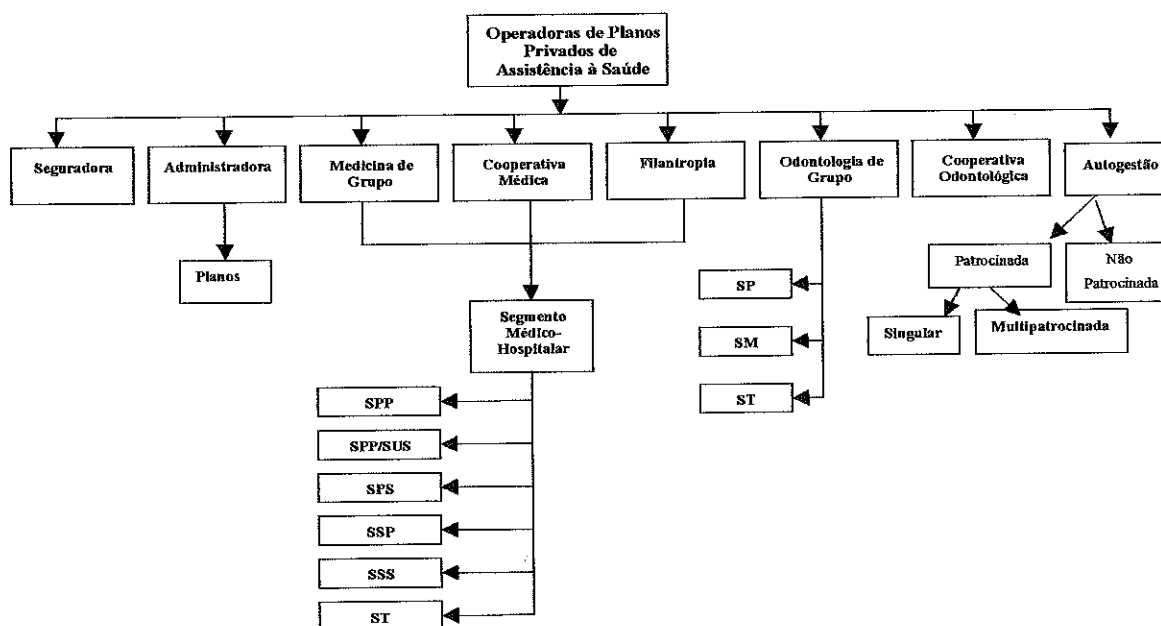
– Região 5: em grupo de municípios, exceto os definidos na região 4; e

– Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4.

Nos casos acima citados considera-se área de atuação as localidades onde as operadoras comercializam ou disponibilizam seus Planos Privados de Assistência à Saúde. Será considerada atuação estadual a operação em mais de 50% dos municípios de um estado.

O organograma da Figura 1 resume o conceito de segmentação do mercado adotado pela ANS.

Figura 1 – Segmentação do Mercado de Saúde Suplementar



Fonte: ANS

Para que as empresas entrantes se constituam como operadoras de planos privados de assistência à saúde devem atender a algumas exigências do órgão regulador. Em primeiro lugar, devem possuir registro provisório de funcionamento junto à ANS, atendendo a requisitos dispostos na RDC nº 5, de 18 de fevereiro de 2000, documento de constituição da empresa e alterações posteriores, devendo ser devidamente registradas em Junta Comercial ou Cartório, com documento de inscrição dos controladores, administradores e membros do conselho fiscal, consultivo, deliberativo, administrativo ou assemelhados no Cadastro de Pessoa Física (CPF).

A ANS, na RN nº 11, de 22 de julho de 2002, instituiu normas para o exercício de administrador das operadoras, os eleitos ou nomeados para os cargos de diretor, curador ou membros do conselho de administração, deliberativo, curador, diretor ou assemelhados, os quais deverão ter experiência comprovada na área em que forem atuar, sendo que, além dos requisitos de capacitação técnico-profissional, é exigido de o profissional ter reputação ilibada, não ter nenhum impedimento legal, não estar sob efeito de condenação por crime de prevaricação, de corrupção ativa ou passiva, de concussão, de peculato, contra a economia popular, não ter participado de empresas que estejam em direção fiscal ou em liquidação extrajudicial.

Além das normas estabelecidas na RDC nº 5 e RN nº 11, as operadoras devem atender aos requisitos constantes na RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Com a intenção de introduzir instrumentos regulatórios que funcionam como barreiras à entrada, foi editada a RDC nº 77 que estabeleceu critérios para operação a serem observados pelas operadoras quanto à regra do Capital Mínimo ou Provisão para a Operação⁴, Provisão de Risco⁵, Índice de Giro de Operações⁶, e Margem de Solvência⁷.

As operadoras com fins lucrativos observam Capital Mínimo e as operadoras sem fins lucrativos observam Provisão para Operação. Para tanto, devem calcular o valor mínimo a ser observado a partir da multiplicação de um fator variável K pelo capital base de R\$ 3.100.000,00 (três milhões e cem mil reais). Este fator variável K consta na Tabela A do Anexo I da RDC nº 77 e leva em consideração a segmentação da operadora, conforme

⁴ Capital Mínimo – tem o intuito de capacitar a operadora em início de operação servindo como balizamento da capacidade da operadora em assumir novos riscos. Com o decorrer do tempo, seu valor deve ser, continuamente, revisto em função de novos riscos a serem assumidos. O Capital Mínimo para empresas ou entidades com fins lucrativos ou a Provisão para Operação para entidades sem fins lucrativos.

⁵ Provisão de Risco –tem o intuito de reter parte das receitas das contraprestações pecuniárias para o pagamento das despesas médico-hospitalares que poderão ocorrer ou cobrir riscos oriundos de má precificação ou de prática de política predatória de preços.

⁶ Índice de Giro de Operação – tem o intuito de avaliar a capacidade de pagamento das obrigações de curto prazo da operadora, levando em conta os bens e direitos de igual prazo e a estrutura de custos aferida diretamente.

⁷ Margem de Solvência –corresponde a uma reserva suplementar às provisões técnicas de que a operadora deverá dispor para suportar oscilações em suas operações. Não há necessidade de constituição de provisão, tratando-se de um índice a ser observado constantemente.

definido na RDC nº 39, já mencionada, e a região de atuação da operadora. A região de atuação é aquela onde a operadora comercializa seus planos, e não aquela onde possui beneficiários.

A seguir, serão apresentadas simulações específicas para os segmentos de Medicina de Grupo e Cooperativa Médica, com o intuito de demonstrar o impacto do capital mínimo para início das operações no mercado de saúde suplementar:

1) Capital Mínimo ou Provisão para Operação (se não lucrativas) – CM/PO

O exemplo que será apresentado, refere-se a duas operadoras, a primeira cooperativa médica, do segmento secundário principal (SSP), que atua na região 5 – grupo de municípios, excetuando-se os municípios de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre e de Curitiba. Ou seja, a operadora comercializa seus planos em um grupo de municípios, que não estes mencionados. E a outra, na modalidade organizacional de medicina de grupo, segmento terciário (ST), que atua na região 5.

Tabela 11 – Exemplo da tabela A da RDC nº 77 – Valor do Fator K

Modalidade Organizacional	Região de Atuação					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/Filantropias – ST	100,00%	74,19%	48,39%	25,81%	18,06%	10,32%
Cooperativa Médica – ST	87,10%	61,29%	37,10%	18,06%	12,65%	7,23%
Medicina de Grupo/ Filantropias – SSS	74,39%	49,19%	27,58%	12,65%	8,85%	5,06%
Cooperativa Médica – SSS	64,52%	46,77%	29,03%	12,90%	8,82%	4,74%
Autogestão não patrocinada	61,69%	38,39%	20,11%	8,85%	6,20%	3,54%
Medicina de Grupo/Filantropias – SSP	50,04%	29,25%	19,35%	7,10%	5,00%	2,90%
Cooperativa Médica – SSP	45,81%	22,58%	15,35%	6,68%	4,76%	2,84%
Medicina de Grupo/ Filantropias – SPS	34,19%	20,97%	14,52%	6,26%	4,35%	2,45%
Cooperativa Médica – SPS	32,58%	19,74%	12,89%	5,85%	3,98%	2,10%
Medicina de Grupo/Filantropia – SPP e SPP/SUS	20,16%	14,31%	8,37%	4,98%	3,37%	1,77%
Cooperativa Médica – SPP e SPP/SUS	17,24%	11,34%	6,67%	4,37%	2,92%	1,47%
Administradora	2,00%	1,30%	0,50%	0,20%	0,18%	0,15%

Fonte: ANS

Exemplo 1: Operadora (Cooperativa Médica – SSP – Região 5)

Capital Mínimo = K x R\$ 3.100.000,00 (1)

Capital Mínimo = 0,0476 x R\$ 3.100.000,00 (2)

Capital Mínimo = R\$ 147.560,00 (3)

Logo, para uma operadora do segmento cooperativa médica – SSP, que atue na Região 5, o valor do Capital Mínimo será: R\$ 147.560,00.

Tabela 12 – Exemplo da tabela A da RDC nº 77 – Valor do Fator K

Modalidade Organizacional	Região de Atuação					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias - ST	100,00%	74,19%	48,39%	25,81%	18,06%	10,32%
Cooperativa Médica - ST	87,10%	61,29%	37,10%	18,06%	12,65%	7,23%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSS	74,39%	49,19%	27,58%	12,65%	8,85%	5,06%
Cooperativa Médica - SSS	64,52%	46,77%	29,03%	12,90%	8,82%	4,74%
Autogestão não patrocinada	61,69%	38,39%	20,11%	8,85%	6,20%	3,54%
Medicina de Grupo/ Filantropias -SSP	50,04%	29,25%	19,35%	7,10%	5,00%	2,90%
Cooperativa Médica – SSP	45,81%	22,58%	15,35%	6,68%	4,76%	2,84%
Medicina de Grupo/ Filantropias -SPS	34,19%	20,97%	14,52%	6,26%	4,35%	2,45%
Cooperativa Médica - SPS	32,58%	19,74%	12,89%	5,85%	3,98%	2,10%
Medicina de Grupo/ Filantropia - SPP e SPP/SUS	20,16%	14,31%	8,37%	4,98%	3,37%	1,77%
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	17,24%	11,34%	6,67%	4,37%	2,92%	1,47%
Administradora	2,00%	1,30%	0,50%	0,20%	0,18%	0,15%

Fonte: ANS

Exemplo 2: Operadora (Medicina de Grupo – ST – Região 5)

Capital Mínimo = K x R\$ 3.100.000,00 (1)

Capital Mínimo = 0,1806 x R\$ 3.100.000,00 (2)

Capital Mínimo = R\$ 559.860,00 (3)

Logo, para uma operadora do segmento medicina de grupo – ST, que atue na Região 5, o valor do Capital Mínimo será: R\$ 559.860,00.

De acordo com as regras estabelecidas pela RDC nº 77, as operadoras entrantes, atuando dentro das modalidades organizacionais apresentadas, dentro destes segmentos e área de atuação, deverão ter um capital inicial, respectivamente R\$ 147.560,00 e R\$ 559.860,00. A diferença na contabilização do capital mínimo, além da região de atuação, deve-se ao fato de ter ou não rede própria, definido na segmentação.

2) Provisão de Risco (PR)

A provisão de risco, de periodicidade mensal, é constituída para a garantia das obrigações contratuais das OPS. Corresponde ao maior dos valores entre as seguintes hipóteses:

- 50% das contraprestações líquidas emitidas nas modalidades pré-pagamento;

- Média dos eventos indenizáveis líquidos conhecidos, na modalidade pré-pagamento, nos últimos 12 meses, multiplicado pelo fator Y da tabela B do anexo I da RDC nº 77.

A constituição da Provisão de Risco tem o objetivo de servir como um montante a ser constituído para garantir as obrigações contratuais das operadoras. O cálculo para esta provisão também se encontra detalhado na RDC nº 77 e serão apresentadas simulações para os segmentos Medicina de Grupo e Cooperativa Médica.

Tabela 13 – Exemplo da tabela B da RDC nº 77 – Valor do Fator Y

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias – ST	73,09%	73,03%	72,97%	72,90%	72,87%	72,84%
Cooperativa Médica – ST	72,78%	72,72%	72,66%	72,59%	72,56%	72,53%
Medicina de Grupo/ Filantropias – SSS	72,47%	72,41%	72,35%	72,28%	72,25%	72,22%
Cooperativa Médica – SSS	72,16%	72,10%	72,03%	71,97%	71,94%	71,91%
Autogestão não patrocinada	71,85%	71,79%	71,72%	71,66%	71,63%	71,60%
Medicina de Grupo/ Filantropias – SSP	71,60%	71,47%	71,34%	71,22%	71,15%	71,09%
Cooperativa Médica – SSP	70,83%	70,78%	70,73%	70,68%	70,66%	70,63%
Medicina de Grupo/Filantropias – SPS	70,58%	70,53%	70,48%	70,44%	70,41%	70,39%
Cooperativa Médica – SPS	70,34%	70,29%	70,24%	70,19%	70,16%	70,14%
Medicina de Grupo/Filantropia – SPP e SPP/SUS	70,04%	69,94%	69,84%	69,74%	69,69%	69,64%
Cooperativa Médica – SPP e SPP/SUS	69,54%	69,44%	69,34%	69,24%	69,19%	69,14%

Fonte: ANS

Utilizando o exemplo da Cooperativa Médica, segmentação médico-hospitalar SSP, região de atuação 5, supondo que essa operadora possui contraprestações líquidas emitidas na modalidade de pré-pagamento no valor de R\$ 2.000.000,00 e média de eventos indenizáveis líquidos, nos últimos 12 meses, de R\$ 1.600.000,00, a sua Provisão de Risco será o maior dos valores:

$$\text{a) } 0,50 \times 2.000.000,00 = 1.000.000,00$$

ou

$$\text{b) } 70,66 \times 1.600.000,00 = 1.130.560,00$$

O valor de R\$ 1.130.560,00 deverá ser constituído em até 6 anos, se a operadora atuava no mercado antes da publicação da RDC nº 77, devendo constituir a Provisão de Risco conforme o Quadro 2:

Quadro 2 – Exemplo da constituição da provisão de riscos

Provisão de Risco	70,66% dos Eventos Líquidos
15% do Total: julho/2002	170.340,00
30% do Total: julho/2003	339.168,00
45% do Total: julho/2004	508.752,00
60% do Total: julho/2005	678.336,00
80% do Total: julho/2006	904.448,00
100% do Total: julho/2007	1.130.560,00

Para a constituição dessa garantia, as operadoras podem utilizar o valor dos seus investimentos permanentes em rede própria (até o limite de 90% das provisões) e também o valor de seus investimentos em imóveis que não sejam rede própria hospitalar ou odontológica (até o limite de 30% das provisões).

A RN nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, dispõe sobre a diversificação dos ativos das operadoras de planos privados de assistência à saúde para aceitação como garantidores e estabelece que recursos podem ser alocados como ativos garantidores, nos segmentos de: renda fixa, renda variável e imóveis. Na utilização para imóveis, segue a regra citada acima: 90% em rede própria e 30% em rede que não seja própria. Este disposto não se aplica à autogestão patrocinada e à seguradora.

3.2 Barreiras à permanência das operadoras no mercado de saúde suplementar

Tendo em vista a necessidade de acompanhamento do desempenho do mercado de saúde suplementar, a ANS introduziu mecanismos regulatórios de controle na área econômico-financeira e contábil que lhe dessem subsídios para acompanhar o comportamento do setor.

O Plano de Contas Padrão (PCP) foi criado pela RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, atendendo a uma necessidade de padronização do mercado. O PCP é o principal

instrumento de controle operacional das empresas e é visível que sua implementação trouxe muitos ganhos na gestão do setor de saúde suplementar. Ele propicia uma coleta de dados para que a ANS faça análise do desempenho das operadoras, inclusive ao longo de sua existência, permite a comparatividade de desempenho de uma Operadora com outras congêneres do mesmo e de diferentes portes; viabilizando o fornecimento, por parte das operadoras, de informações gerenciais e cadastrais, mediante ao preenchimento do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (Diops) e, também, facilitar a fiscalização *in loco* das Operadoras.

O Diops é um aplicativo que contém formulários cadastrais e econômico-financeiros, para serem preenchidos pelas operadoras e encaminhados à ANS, para análise da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope). Um canal eletrônico foi criado para: padronizar o envio de dados cadastrais e contábeis à ANS; facilitar o acompanhamento individual de cada uma das operadoras do mercado de saúde suplementar; facilitar o acompanhamento setorial dos diversos segmentos do mercado; subsidiar a ANS com dados relevantes para melhor entendimento e avaliação do mercado de saúde suplementar como um todo.

Além disso, o Plano de Contas Padrão busca auxiliar e subsidiar as decisões da ANS diante da complexidade do mercado, tendo em vista a quantidade de operadoras existentes, seus diversos portes, personalidades jurídicas e segmentos em que podem se constituir.

Como resultado da implementação do Plano de Contas Padrão para as Operadoras, está a padronização dos dados de custos referentes a produtos operados e do envio periódico de informações econômico-financeiras, com vistas ao acompanhamento e análise da solvência das operadoras.

O desafio maior para a aplicação do Plano de Contas Padrão deve-se à complexidade representada pelo setor, são mais de 2.400 operadoras de diversos portes com diversas personalidades jurídicas, com ou sem objetivos de lucro. O Plano teve que abranger tudo isto, de forma a permitir sua utilização por qualquer operadora, de qualquer segmento, de qualquer forma jurídica. Mas a adoção desse mecanismo de regulação, aplicável às operadoras de planos de saúde, facilitou:

- i. a análise de desempenho de uma mesma operadora ao longo de sua existência;
- ii. a comparatividade de desempenho das operadoras com outras congêneres, do mesmo porte e igual forma jurídica e com outras de diferentes portes e outras formas jurídicas;
- iii. a análise de custos de atendimento médico-hospitalar-ambulatorial e odontológico.

A auditoria das demonstrações contábeis das operadoras faz-se necessária para dar cumprimento ao imperativo emanado do art. 22, da Lei nº 9.656, de 1998, o qual determina seja realizada por auditores independentes registrados na CVM, com o objetivo de dar credibilidade e transparência às informações do enviadas à ANS.

Também, cumprindo a disposição legal contida no art. 22 da Lei nº 9.656, de 1998, é exigida a publicação das demonstrações contábeis, acompanhadas do parecer dos auditores. Essa publicação, também objetivando economia de custos, é exigida diferenciadamente por operadora de grande, médio e pequeno porte. Adotou-se como critério de porte das operadoras o número de beneficiários, sendo o primeiro corte de 1 a 20 mil por considerar este ser o número limite para uma diversificação mínima da carteira; o segundo corte, de 20 mil a 100 mil; e o terceiro corte acima de 100 mil beneficiários. Sendo que somente as operadoras com carteira acima de 20 mil beneficiários terão que publicar seus demonstrativos contábeis.

O mercado, até a edição da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, vinha operando sem nenhuma regulamentação de garantias financeiras, ocasionando instabilidade no mercado, tanto para empresários quanto para consumidores.

A ausência de regulamentação foi um dos fatores que permitiu o crescimento do número de operadoras no mercado, que somavam mais de 2.700 em 1999. Essa liberdade demonstrou, ao longo dos anos, ser ineficiente, para o mercado, os consumidores e os prestadores de serviço. A ANS, ao regulamentar as Garantias Financeiras para as Operadoras, estabeleceu para o mercado um novo formato, mais profissional, mais competitivo e mais estável.

O produto comercializado pelas operadoras é tão subjetivo e imprevisível que, sem garantias financeiras, não seria possível prever por quantos anos mais o mercado poderia sobreviver.

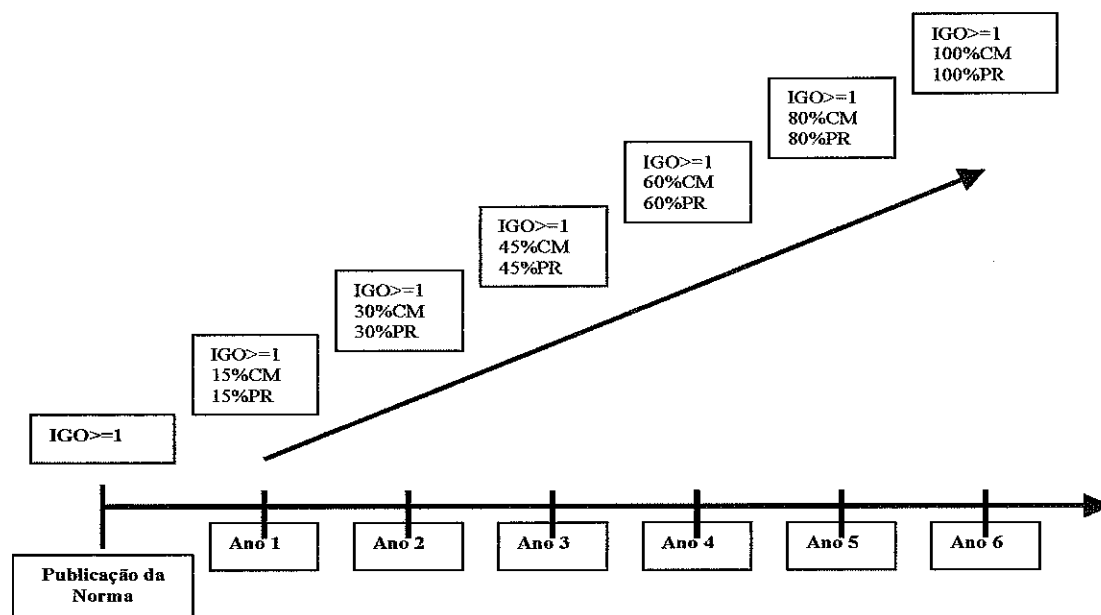
Para fixação dos critérios de avaliação e acompanhamento da solvência das operadoras, em discussão na Câmara Técnica de Garantias Financeiras, a ANS buscou, na RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, desenvolver um modelo simplificado para a forma de cálculo, observando as especificidades de cada uma das empresas nos diversos segmentos do mercado de saúde suplementar.

Contemplou premissas técnicas, comumente adotadas em outros mercados regulados, partindo de princípios básicos atuariais que, em linhas gerais, fazem inferências sobre a capacidade das operadoras em cumprir seus compromissos futuros. Buscou ainda a fixação de parâmetros plausíveis de serem cumpridos pelas operadoras, diante da descapitalização do mercado.

As variáveis estabelecidas pela ANS: Capital Mínimo, Provisão de Risco, Índice de Giro de Operação, e demais provisões técnicas, são fundos financeiros para garantia da prestação da assistência médico-hospitalar pelas operadoras. Esse conjunto forma a totalidade das garantias financeiras.

A partir da publicação da norma, para requererem o registro definitivo, todas as empresas deverão constituir um capital mínimo para o início da operação e as que estão operando, já com registro na ANS, deverão constituí-lo no prazo de seis anos, a contar da solicitação do registro definitivo, na razão de 15% no primeiro, no segundo, no terceiro e no quarto ano, e 20% no quinto e no sexto ano.

Figura 2 – Prazo para a Constituição das Garantias Financeiras



Fonte: ANS.

Portanto, considerando a base técnica do modelo adotado, entende-se que o modelo proposto para o estabelecimento das garantias financeiras está compatível com a heterogeneidade operacional apresentada pelo mercado de saúde suplementar, neste momento.

3.3 Barreiras à saída das operadoras do mercado de saúde suplementar

As condições que regem a saída de uma empresa de um determinado mercado são elementos relevantes na análise da decisão de entrada. No mercado em análise, as operadoras de planos de saúde não exercitam a livre mobilidade em função das regras impostas pelo órgão regulador, a ANS.

Conforme a RDC de nº 5, de 18 de fevereiro de 2000, para fins de cancelamento do registro provisório de funcionamento, isto é, para sair do mercado de saúde

suplementar, o representante legal da operadora deverá apresentar à ANS solicitação de cancelamento dos planos registrados, juntamente com declaração de que todos os planos registrados já foram cancelados, bem como declaração de que não possui nenhum beneficiário de planos de saúde e não tem dívida com prestadores de serviços. Ou seja, a operadora deverá arcar, no mínimo, com o custo da transferência da sua carteira de beneficiários.

A Lei nº 9.961, de 2000, com sua última redação dada pela Medida Provisória nº 2.174-44, de 24 de agosto de 2001, prevê em seu art. 4º, inciso XXXIV, que compete à ANS, dentre outras atribuições para o exercício de sua atividade regulatória do segmento de saúde suplementar, fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras cujos produtos sejam objetos de regulação.

Em decorrência desse poder, com vistas ao bom funcionamento do mercado, além da atribuição dos direitos de ingresso, acompanhamento das operadoras, seus produtos e preços, inclui-se em tal competência a peculiaridade de adoção de medida extrema com a possibilidade de exclusão de operadoras do mercado. A saída de uma operadora do mercado poderá ocorrer de duas formas: compulsória ou voluntária.

A saída compulsória poderá ser mediante a determinação da sua liquidação extrajudicial, quando houver risco no atendimento aos destinatários de tais atividades reguladas (art. 4º, inciso XLI, alínea “d”, da Lei nº 9.961, de 2000).

Assim, no exercício da regulação, envolvendo a normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, subordinam-se à ANS todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, nos termos do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Nota-se que tais atribuições conferidas à ANS possuem uma razão lógica, qual seja, a de regular um mercado específico, como dito, que se encontrava desprovido de disciplinamento próprio (a regulação já existia, ainda que em menor grau, exercida pelo Ministério da Saúde), por vezes colocando o beneficiário de plano de saúde em situações de pouca ou nenhuma defesa, dada sua fragilidade, impondo-lhe condições humilhantes, sem maiores recursos que lhe preservassem os interesses mínimos.

Dessa forma, surgiu, a necessidade de criação de mecanismos que impedissem a má gestão dos negócios privados, incorrendo-se em abusos ou simulações que viessem a desprivilegiar o beneficiário de planos e seguros de assistência à saúde, como consumidor em última análise, em prol de interesses comerciais, numa clara situação de prejuízo daquele hipossuficiente.

Com o intuito de preservar este mercado, foi estipulada a redação do art. 23, da Lei nº 9.656, de 1998, no sentido de que as operadoras de planos privados de assistência à saúde não pudessem requerer concordata e não estão, em regra, sujeitas à falência ou insolvência civil, mas ao regime de liquidação extrajudicial. De maneira diversa do que ocorre em outros segmentos regulados, mas à semelhança das instituições financeiras, as operadoras administram uma poupança privada, captada no mercado.

Assim, como atividade regulatória peculiar, além de instaurar a liquidação extrajudicial, compete à ANS autorizar o respectivo liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde, nas situações em que o ativo da massa liquidada não for suficiente para pagamento de, pelo menos, metade dos créditos quirografários, ou quando o ativo realizável da massa liquidada não for suficiente sequer para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial, ou, ainda, nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, conforme reza o art. 23, da Lei nº 9.656, de 1998.

É importante destacar que a ANS não é a liquidante, mas, meramente, quem determina a liquidação em decorrência de sua atividade reguladora, nomeando, assim o liquidante, que poderá ser um particular ou, em outra peculiaridade, um servidor da entidade, com amplos poderes de administração e liquidação, sobretudo no que se refere à verificação e classificação dos créditos devidos, podendo propor ações e representar a massa em juízo ou fora dele. O papel do liquidante, desta forma, é promover a realização do ativo, com o propósito de pagar os credores nos limites das possibilidades da massa. Se, todavia, não cumprir seus deveres, será destituído do encargo, podendo responder pelos eventuais prejuízos causados à massa liquidada ou a terceiros, por negligência, abuso,

má-fé ou infração das normas disciplinadoras do tema, em especial a RDC nº 47, de 3 de janeiro de 2001, da ANS.

Mas, a liquidação extrajudicial só ocorrerá quando tiverem sido detectados indícios de problemas econômico-financeiros irrecuperáveis. A operadora deverá primeiramente passar por um Plano de Recuperação, contendo prazo e metas definidas, indicações precisas sobre os procedimentos a serem adotados pela operadora para sua recuperação ou direção fiscal e/ou direção técnica.

O regime de direção fiscal ou de direção técnica são mecanismos de regulação que funcionam como alternativas de correção das atividades econômico-financeiras das operadoras de planos de saúde. A operadora de planos de saúde em dificuldades econômico-financeiras, ao invés de ser retirada do mercado, se puder corrigir as falhas em que incidiu e regularizar seu funcionamento, esta deve ser a postura de defesa do mercado – fornecedores e consumidores – que a intervenção regulatória deve assumir.

Assim, os regimes de direção fiscal e de direção técnica constituem alternativas à liquidação das operadoras, que ficam mantidas no exercício de suas atividades, mas sob uma espécie de intervenção, semelhante à que ocorre nas instituições financeiras, que não ficam impedidas de prosseguir nas suas atividades.

No caso da ANS, os regimes de direção fiscal e de direção técnica encontram-se fundados no art. 24, da Lei nº 9.656, de 1998, posteriormente disciplinados pela RDC nº 40, de 12 de dezembro de 2000.

Tabela 14 – Quantitativo de operadoras que foram submetidas a Regime Especial

Modalidade organizacional	Direção Fiscal	Direção Técnica	Liquidação Extrajudicial	Falência	Total	Total de Operadoras	%
Medicina de Grupo	67	8	15	8	97	771	12,58
Cooperativa Médica	10	-	1	-	11	370	3,0
Odontologia	26	-	-	-	26	461	5,64
TOTAL	103	8	16	8	135	1.602	8,43

Fonte: ANS, 04/02/2004

A saída voluntária das operadoras poderá ser por meio do pedido de cancelamento do registro, transferência de controle (acionário/societário) ou transferência da carteira.

- **Cancelamento**

O cancelamento de registro provisório ocorre por determinação da ANS, geralmente a partir das ações de fiscalização, ou por solicitação da operadora. Como já mencionado, a operadora deverá solicitar o cancelamento do registro provisório, atendendo as determinações da RDC nº 5, apresentando declaração de que não está comercializando planos, que não têm beneficiários e que não possui débitos com prestadores de serviços.

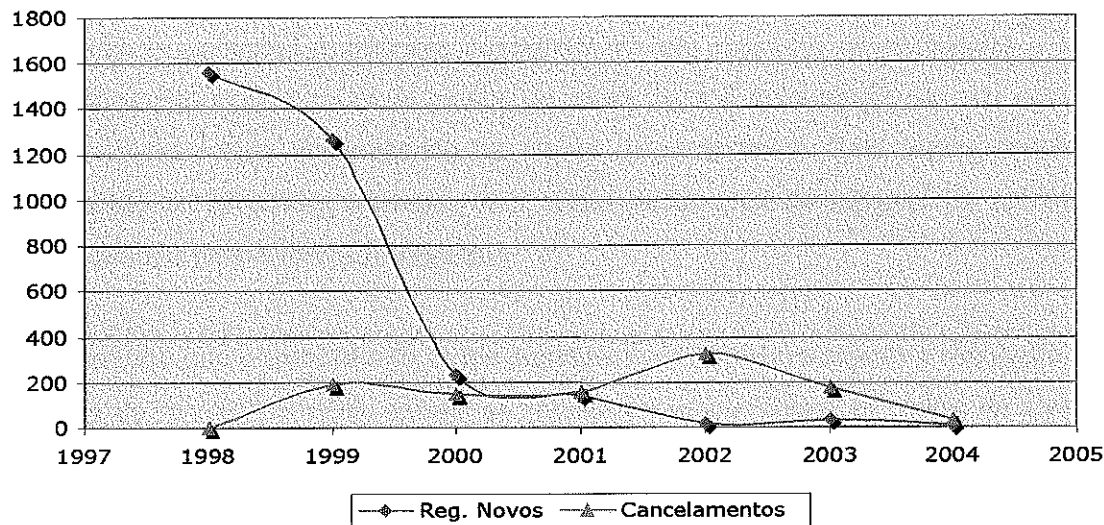
Tabela 15 – Quantitativo de operadoras que solicitaram registro provisório *versus* cancelamento do registro – por ano

Ano	Reg. Novos	Cancelamentos	Ativas	% de Reg. Novos	% de Cancelamento
1998	1561	0	1561	-	-
1999	1264	186	2639	47,9	7,0
2000	235	151	2723	8,6	5,5
2001	143	157	2709	5,3	5,8
2002	17	319	2407	0,7	13,3
2003	35	171	2271	1,5	7,5
2004	8	37	2242	0,4	1,7
Total	3263	1021	2242	-	-

Fonte: ANS

Os dados demonstram que, desde 1999, os pedidos de cancelamento do registro provisório têm aumentado significativamente, chegando a 319 operadoras em 2002. A partir de 2001, o percentual de pedido de registro provisório fica inversamente proporcional ao percentual de pedido de cancelamento do registro. Essa redução expressiva do número de pedidos de registro, após a edição da RDC nº 77, de 2001, que exige garantias financeiras, é indicativo que a regulação funcionou como barreira de entrada.

Gráfico 1 - Balanço de Registros e Cancelamentos - Por Ano



- **Transferência de controle (acionário/societário)**

A operadora poderá, a qualquer tempo, fazer transferência de seu controle acionário ou societário, mas esta deverá estar previamente aprovada pela ANS, antes da operadora dar entrada na Junta Comercial, conforme estabelece a RDC nº 83, de 16 de agosto de 2001.

- **Transferência de carteira**

A legislação estabelece que as operadoras privadas de assistência à saúde podem fazer transferência voluntária de carteira com outras operadoras, desde que, mantendo-se integralmente as condições dos contratos vigentes, inclusive quanto à data de aniversário de reajuste das mensalidades, vedando-se o estabelecimento de carência adicional.

A ANS, ao identificar risco de continuidade da assistência à saúde por uma operadora ou na vigência de Regime de Direção Fiscal e/ou Direção Técnica, poderá determinar a alienação compulsória da carteira. Da mesma forma que, na transferência voluntária, a alienação compulsória da carteira deverá manter as condições do contrato sem restrições de direitos ou prejuízos para o consumidor.

4. AS REGRAS DE GARANTIAS FINANCEIRAS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

As regras de garantias financeiras consistem em um conjunto de exigências a serem observados pelas operadoras de planos de saúde para a manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, minimizando os riscos de insolvência. Tais regras prevêm a constituição de provisões técnicas, bem como parâmetros de margem de solvência e capital mínimo para o mercado regulado.

Considerando que o mercado de saúde suplementar não estava sujeito a regulação até a vigência da Lei nº 9.656/98, exceto as sociedades seguradoras, as regras de garantias financeiras visam dar solvência ao mercado de operadoras, que ficaram mais de 40 anos sem nenhuma regulamentação.

Este capítulo visa apresentar os resultados dos levantamentos efetuados, tendo como base o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (Diops), referente ao 4º trimestre de 2003, objetivando avaliar a adequação das operadoras às exigências estabelecidas na RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, que dispõe sobre os critérios de constituição das garantias financeiras (capital mínimo/provisão de operação e provisão de risco) a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde pelos seguintes cortes: modalidade e porte.

4.1 Observância do Capital Mínimo ou Provisão de Operação

Os dados abaixo, que descrevem a situação das operadoras, demonstram que as seguradoras, por já atuarem em ambiente de mercado regulado anteriormente pela Susep, têm *expertise* em relação ao cumprimento das exigências legais que condicionam sua autorização de funcionamento e operação no mercado. Dados de abril de 2003 mostram que as seguradoras encontravam-se com 100% das provisões garantidas, bem como são possuidoras de ativos garantidores que servem de lastro para as garantias financeiras.

Tabela 16 – Evolução das garantias financeiras para operadoras classificadas na modalidade organizacional de seguradoras especializadas em saúde

	R\$ mil		
	Dez/2001	Dez/2002	Abr/2003
Provisão	755.410	999.937	1.090.429
Capital Mínimo	997.654	1.487.915	1.558.042

Fonte: ANS

Os dados a seguir demonstram a observância do capital mínimo (para operadoras com fins lucrativos) e provisão de operação (para operadoras sem fins lucrativos), de acordo com a RDC nº 77. Neste ponto, é importante explicar que as tabelas por modalidade e por porte analisam todo o mercado, tanto na regra de observância do capital mínimo/provisão de operação como na constituição de provisão de risco. E as tabelas que separam as operadoras por porte analisam se as operadoras estão observando as regras estabelecidas pela ANS, e as que estão tendo dificuldades para se adequarem.

O fato é que, ao analisarmos o mercado como um todo, as operadoras que observam a regra de capital mínimo/provisão de risco, que possuem recursos próprios em montante muito superior ao exigido, distorcem os dados quando comparados ao montante faltante das operadoras que ainda estão pendentes neste quesito. Por isso da importância em separar as operadoras que estão observando as regras e as que não estão.

O mesmo ocorre quando analisamos a provisão de risco, os valores agregados não deixam visíveis as operadoras que não estão constituindo as provisões. Quando se desagrega melhor as informações, percebe-se que existe um grupo de operadoras que não estão conseguindo constituir as garantias financeiras.

Tabela 17 – Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Medicina de Grupo

Porte	Dados	Total
Grande Porte	CM a ser observado até julho/2007	20.403.270,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	6.120.981,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	1.042.131.390,04
Médio Porte	CM a ser observado até julho/2007	34.761.850,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	10.988.632,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	179.629.031,38
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	26.109.440,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	7.832.832,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	40.205.404,23
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	21.490.130,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	6.447.039,00

	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	25.436.367,28
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	32.566.430,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	9.769.929,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	49.978.032,01
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	19.803.110,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	5.940.933,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	12.980.260,42
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	CM a ser observado até julho/2007	1.674.310,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	502.293,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	(266.060,12)

Fonte: ANS

Os dados do grupo de operadoras classificadas como medicina de grupo, de pequeno porte, na faixa de 1 a 999 beneficiários, demonstraram que esse grupo observou a regra dos 30% exigidos de capital mínimo até julho de 2003, mas poderão ter dificuldades para observar os 100% do capital mínimo até julho de 2007, sendo que o valor a ser observado é de R\$ 19.803.110,00, e o somatório do patrimônio das operadoras deste porte até dezembro de 2003 é de R\$ 12.980.260,00. No grupo de medicina de grupo, sem beneficiários informados, o patrimônio está negativo, ou seja, passivo a descoberto, essas operadoras não conseguiram compor os 30% de capital mínimo previsto para julho de 2003.

Tabela 18 – Provisão de Operação/Patrimônio Líquido – Cooperativa Médica

Porte	Dados	Total
Grande Porte	PO a ser observado até julho/2007	4.911.020,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	1.473.306,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	225.668.307,26
Médio Porte	PO a ser observado até julho/2007	14.843.110,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	4.452.933,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	248.462.384,54
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	7.858.810,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	2.357.643,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	79.674.667,99
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	7.761.780,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	2.328.534,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	33.502.857,95
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	4.268.390,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	1.280.517,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	22.900.115,50
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	1.524.270,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	457.281,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	12.354.408,38
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	PO a ser observado até julho/2007	8.647.450,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	2.594.235,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	147.553.803,65

Fonte: ANS

Os dados do grupo de cooperativas médicas (Unimed's) indicam que nenhum dos portes analisados apresentou tendência a não observar a regra da provisão de operação, tendo

todas conseguido contabilizar o valor dos 30% exigido até julho de 2003, chegando a ultrapassar esse valor.

Tabela 19 – Provisão de Operação/Patrimônio Líquido – Autogestão Não Patrocinadas

Porte	Dados	Total
Grande Porte	PO a ser observado até julho/2007	274.350,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	82.305,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	8.194.297,99
Médio Porte	PO a ser observado até julho/2007	3.707.910,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	1.112.373,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	140.401.294,20
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	4.769.040,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	1.430.712,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	51.338.711,10
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	1.823.420,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	547.026,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	15.034.811,66
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	9.118.340,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	2.870.042,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	45.283.556,86
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	3.242.290,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	972.687,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	14.560.237,82
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	PO a ser observado até julho/2007	1.246.820,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	374.046,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	9.041.792,70

Fonte: ANS

No grupo das operadoras classificadas como autogestão não patrocinada, os dados demonstram que nenhum dos portes analisados apresentou tendência a não observar a regra de provisão de operação, contabilizando o valor dos 30% exigido até julho de 2003, chegando a ultrapassar esse valor.

Tabela 20 – Provisão de Operação/Patrimônio Líquido – Filantropia

Porte	Dados	Total
Grande Porte	PO a ser observado até julho/2007	154.380,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	46.314,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	72.385.714,05
Médio Porte	PO a ser observado até julho/2007	2.961.120,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	888.336,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	1.036.042.054,48
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	936.820,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	281.046,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	65.564.478,21
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	2.468.530,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	740.559,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	50.489.749,22
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	4.846.230,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	1.453.869,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	212.730.180,45
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	847.230,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	254.169,00

	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	10.704.765,78
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	PO a ser observado até julho/2007	154.380,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	46.314,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	33.707.793,36

Fonte: ANS

Os dados apresentados pelo grupo das operadoras classificadas como filantropia, entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde, demonstram que esse segmento vem observando as regras de constituição da provisão de operação, conforme determina a normatização da ANS. Sendo do que, em todos os portes analisados, o total de patrimônio contabilizado até dezembro de 2003 supera os valores estimados de provisão de operação a ser observado por essas operadoras.

Tabela 21 – Provisão de Operação/Patrimônio Líquido – Cooperativa Odontológica

Porte	Dados	Total
Médio Porte	PO a ser observado até julho/2007	242.420,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	72.726,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	20.435.834,21
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	140.430,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	42.129,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	6.394.705,43
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	311.550,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	93.465,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	3.892.297,54
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	566.370,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	169.911,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	4.208.609,51
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	PO a ser observado até julho/2007	119.040,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	35.712,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	422.989,73
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	PO a ser observado até julho/2007	84.010,00
	PO 30% contabilizado até julho/2003	25.203,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	110.364,18

Fonte: ANS

As cooperativas odontológicas são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam exclusivamente planos odontológicos. Os dados desse segmento indicam que a provisão de operação vem sendo observada de acordo com o que estabelece a legislação vigente. O mesmo comportamento foi observado nas operadoras classificadas como odontologia de grupo, que estão observando a regra do capital mínimo, como estabelece a legislação.

Tabela 22 – Capital Mínimo/Patrimônio Líquido – Odontologia de Grupo

Porte	Dados	Total
Grande Porte	CM a ser observado até julho/2007	274.660,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	82.398,00

	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	19.544.437,41
Médio Porte	CM a ser observado até julho/2007	711.760,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	213.528,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	12.703.489,25
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	455.080,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	136.524,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	2.965.643,20
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	311.240,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	93.372,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	2.504.713,50
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	1.292.390,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	387.717,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	5.452.983,46
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	CM a ser observado até julho/2007	1.163.120,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	348.936,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	1.628.834,00
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	CM a ser observado até julho/2007	195.300,00
	CM 30% contabilizado até julho/2003	58.590,00
	Total do Patrimônio contabilizado até dez/2003	528.518,87

Fonte: ANS

Em resumo, os dados apresentados nas Tabelas 17, 18, 19, 20, 21 e 22 demonstram que das 1.029 operadoras que informaram o DIOPS, referente ao 4º trimestre de 2003, analisadas sob o critério da observância de 30% do capital mínimo até 2003, quase todas as modalidades conseguiram atingir a meta, tendo a maioria das operadoras superado esses valores.

As exceções ocorrem na modalidade organizacional de medicina de grupo: 1) de pequeno porte na faixa (de 1 a 999 beneficiários), que observaram os 30% exigidos até julho de 2003, mas poderão ter dificuldades para observar os 100% do capital mínimo até julho de 2007, sendo que o valor a ser observado é de R\$ 19.803.110,00, e o somatório do patrimônio das operadoras desse porte até dezembro de 2003 é de R\$ 12.980.260,00; 2) sem beneficiários informados, o patrimônio está negativo, ou seja, passivo a descoberto; as operadoras deste segmento não conseguiram compor os 30% de capital mínimo previsto para julho de 2003.

Os dados referentes à observância do capital mínimo/provisão para operação pelas operadoras de planos de saúde revelam que o mercado de um modo geral está conseguindo cumprir a regra do capital mínimo/provisão de operação. Os dados da tabela 23 demonstram que 269 operadoras não conseguiram observar o capital mínimo exigido, apresentando patrimônio líquido negativo (passivo a descoberto).

Essas operadoras estão tecnicamente insolventes, pois o total de suas obrigações suplanta seus bens, necessitando de aporte de recursos a fim de extinguir o risco de continuidade da operadora nessa situação de patrimônio negativo. Provavelmente, se não houver aporte de capital pelos sócios, estas operadoras apresentarão risco de continuidade do negócio. Vale ressaltar que o patrimônio líquido negativo é um forte indicativo de problemas no enquadramento às regras de garantia financeira, porque indica o estado de insolvência da operadora.

Tabela 23 – Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 100% do valor calculado

Porte OPS	Situação da observância de 100% Capital Mínimo/Provisão de Operação		Total	Percentual de operadoras que não observam 100% de CM/PO
	Observam	Não Observam		
Grande Porte	32	4	36	11,1
Médio Porte	170	22	192	11,5
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	129	28	157	17,8
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	111	42	153	27,5
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	201	82	283	29,0
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	77	78	155	50,3
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiário não informado)	40	13	53	24,5
Total	760	269	1.029	26,1

Fonte: ANS

Os dados da Tabela 23 revelam, portanto, que se fosse observada a regra de integralização de 100% do capital mínimo para as operadoras entrantes, 26,1% não disporiam desse capital para entrar neste mercado. A regra de entrada tem o intuito de capacitar a operadora em início de operação e manter esse patrimônio em nível adequado aos riscos que ela assume.

Tabela 24 – Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 100% do valor calculado

Porte OPS	Operadoras que não observaram 100% CM/PO	Diferença do contabilizado versus o estimado	Valor médio por operadora
Grande Porte	4	(12.518.151,86)	(3.129.537,97)
Médio Porte	22	(168.029.577,80)	(7.637.708,08)
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	28	(34.663.532,52)	(1.237.983,30)
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	42	(53.099.624,93)	(1.264.276,78)
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	82	(51.680.393,29)	(630.248,70)
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	78	(23.462.529,35)	(300.801,66)
Pequeno Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	13	(4.121.666,08)	(317.051,24)
Total	269	(347.575.475,83)	-

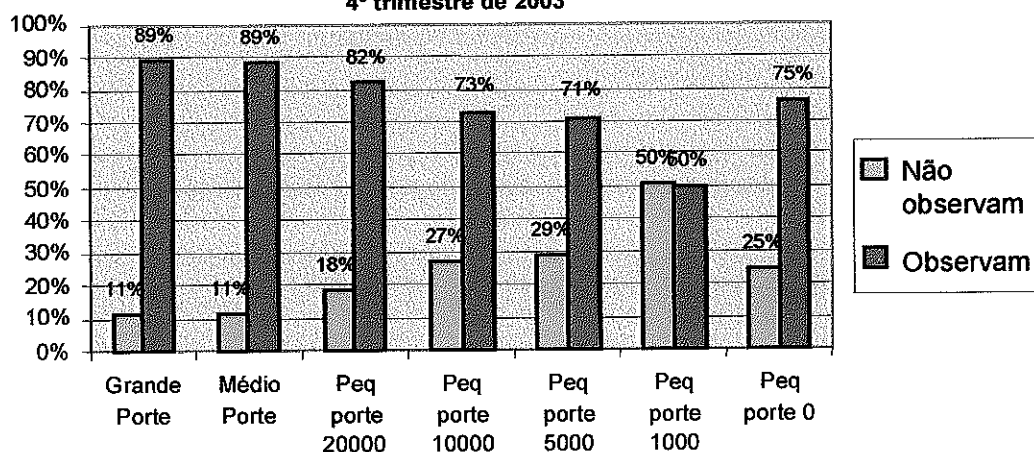
Fonte: ANS

Diferença Contabilizado x Estimado – capital mínimo/provisão de operação contabilizado pelas operadoras até dezembro/2003 sobre o estimado para ser observado até julho/2007.

Os dados da Tabela 24 apontam para a provável insolvência das 269 operadoras que apresentam patrimônio negativo, ou seja, passivo a descoberto. Como o capital mínimo é uma regra de entrada, pode-se concluir que essas operadoras possivelmente não entrariam neste mercado por falta de cobertura financeira.

Observe-se, de modo especial, as 22 operadoras de médio porte com o patrimônio negativo em R\$ 168.029.577,80, o que representa um valor médio de R\$ 7.637.708,08 por operadora para cobrir o passivo a descoberto. Neste caso, os sócios deveriam integralizar o capital, mas como o montante é substancialmente alto, essas operadoras provavelmente terão dificuldades em se capitalizar.

**Gráfico 2 - Enquadramento do Capital Mínimo/Provisão para Operação
(100%) por Porte
4º trimestre de 2003**



Na tabela 25, será demonstrada a regra de observância de 30% do capital mínimo, estabelecido na RDC nº 77 para as operadoras até julho de 2003.

Tabela 25 – Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 30% do valor calculado

Porte OPS	Situação da Observância de 30% Capital Mínimo/Provisão de Operação		Total	Percentual de operadoras que não observam 30% de CM/PO
	Observam	Não Observam		
Grande Porte	34	2	36	5,6
Médio Porte	179	13	192	6,8
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	139	18	157	11,5
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	129	24	153	15,7
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	230	53	283	18,7
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	111	44	155	28,4
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiário não informado)	46	7	53	13,2
Total	868	161	1029	15,7

Fonte: ANS

Os dados obtidos apontam para a dificuldade de algumas operadoras que estão no mercado, cerca de 15,7% em observar os 30% de capital mínimo exigidos pela ANS, demonstrando a fragilidade de algumas operadoras em permanecer neste mercado. Mas a maioria 84,3% mantém o montante de patrimônio contabilizado acima do exigido pela norma.

Tabela 26 – Enquadramento em Capital Mínimo/Provisão para Operação – 30% do valor calculado

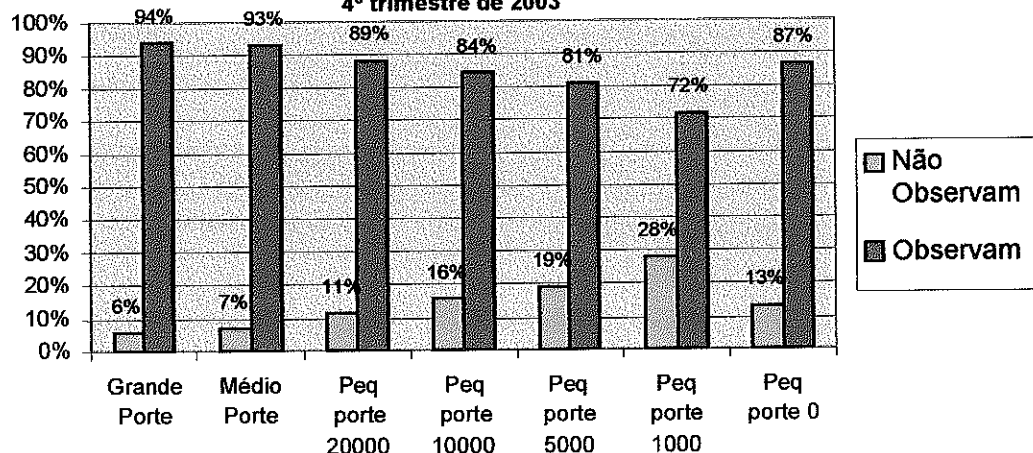
Porte OPS	Operadoras que não observaram 30% CM/PO	Diferença do contabilizado versus o estimado	Valor médio por operadora
Grande Porte	2	(11.816.700,87)	(5.908.350,44)
Médio Porte	13	(162.859.029,57)	(12.527.617,66)
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	18	(25.090.935,61)	(1.393.940,87)
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	24	(43.691.691,46)	(1.820.487,14)
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	53	(34.836.796,52)	(657.298,05)
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	44	(10.517.945,99)	(239.044,23)
Pequeno Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	7	(1.906.990,62)	(272.427,23)
Total	161	(290.720.090,64)	-

Fonte: ANS

Diferença Contabilizado x Estimado – capital mínimo/provisão de operação contabilizado pelas operadoras até dezembro/2003 sobre o estimado para ser observado até julho/2003.

Os dados apresentados na Tabela 26 causam uma maior preocupação com esse mercado, haja vista que as operadoras deveriam ter observado, até dezembro de 2003, os 30% de capital mínimo dos 100% exigidos pela ANS. Os dados mostram que 161 operadoras não se enquadram nesta regra, evidenciando dificuldade em permanecer neste mercado.

Gráfico 3 - Enquadramento do Capital Mínimo/Provisão para Operação (30%) por Porte
4º trimestre de 2003



A observância do capital mínimo representa uma forte barreira à entrada e permanência neste mercado, como constatado na solicitação de registro provisório (Tabela 15), há uma sensível queda na solicitação de registro.

4.2 Constituição da Provisão de Risco

A provisão de risco tem o intuito de reter parte das receitas das mensalidades para pagamento das despesas médico-hospitalares que poderão ocorrer. As operadoras, ao fazerem a provisão de risco, vão garantindo a continuidade do negócio, ou seja, prevendo custos futuros que poderiam inviabilizar a continuidade da assistência.

Os dados demonstrados a seguir são referentes às operadoras na modalidade organizacional de medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão não patrocinada, filantropia, cooperativa odontológica e odontologia de grupo, apontando o comportamento deste mercado com relação à constituição da provisão de risco.

Tabela 27 – Constituição da Provisão de Risco – Medicina de Grupo

Porte	Dados	Total
Grande Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	120.671.212,53
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	64.791.218,91
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	215.970.729,71
Médio Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	42.056.694,59
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	30.535.077,25
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	101.783.590,84
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	10.000.873,86
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	7.280.980,52
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	24.003.178,65
Pequeno Porte 10.000	Provisão de Risco constituída até dez/2003	5.041.854,55

(entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	3.527.311,13
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	11.757.703,78
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	2.269.763,10
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	1.327.757,61
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	4.425.253,60
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.223.302,24
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	527.335,33
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	1.757.784,42
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	257.252,43
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	136.680,85
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	455.602,83

Fonte: ANS

Os dados obtidos na Tabela 27 demonstraram que as operadoras classificadas como medicina de grupo constituíram os 30% de provisão de risco até julho de 2003, conforme determina a legislação.

Tabela 28 – Constituição da Provisão de Risco – Cooperativa Médica

Porte	Dados	Total
Grande Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	73.651.330,95
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	39.294.413,18
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	130.981.377,28
Médio Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	36.055.093,36
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	25.007.988,51
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	83.359.961,71
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	8.955.437,51
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	5.851.762,58
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	19.505.875,25
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	5.086.693,53
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	3.635.296,37
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	12.117.654,57
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.479.308,93
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	1.226.921,67
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	4.089.738,90
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.036.567,92
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	747.742,27
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	2.492.474,22
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	16.963.624,10
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	10.794.840,12
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	35.982.800,41

Fonte: ANS

Quando analisamos a Tabela 28, observamos que o grupo de cooperativas médicas está cumprindo a regra de constituição da provisão de risco, e verificamos que essas operadoras constituíram, até dezembro de 2003, valores superiores ao exigido pela norma.

Tabela 29 – Constituição da Provisão de Risco – Autogestão não Patrocinada

Porte	Dados	Total
Grande Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	586.018,87
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	463.865,52
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	1.546.218,42
Médio Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	4.706.960,70
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	3.971.477,94
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	13.238.259,79
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	2.166.051,83
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	1.636.016,00
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	5.453.386,68
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	328.653,42
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	367.179,95
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	1.223.933,16
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	3.326.164,57
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	1.075.553,57
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	3.373.715,62
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	537.914,95
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	280.465,35
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	934.884,51
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	297.556,83
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	39.801,06
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	132.670,19

Fonte: ANS

Os dados do grupo de operadoras classificadas como autogestão não patrocinada, de pequeno porte, na faixa entre 5.000 e 9.999, demonstraram que esse grupo não observou a regra dos 30% exigidos de provisão de risco, apresentando, em dezembro de 2003, provisão abaixo do esperado para julho de 2003. Ocorre que, como esses dados abrangem todas operadoras neste porte, pode ocorrer que algumas operadoras que não conseguiram provisionar puxem esses índices para baixo. O restante do grupo está provisionando de acordo com o estabelecido pela ANS.

Tabela 30 – Constituição da Provisão de Risco – Filantropia

Porte	Dados	Total
Grande Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	137.352,16
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	111.779,51
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	372.598,35
Médio Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	11.528.279,78
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	8.029.795,31
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	26.765.984,36
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.589.288,85
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	1.209.617,38
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	4.032.057,94
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.665.301,72
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	888.233,41
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	2.960.778,04
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.908.562,39
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	723.473,44
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	2.411.578,12

Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	482.758,36
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	111.135,73
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	370.452,44
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	-
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	-
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	-

Fonte: ANS

O resultado dos dados do grupo de filantropia demonstra que esse segmento vem observando as regras de constituição da provisão de risco, conforme determina a normatização da ANS.

Tabela 31 – Constituição da Provisão de Risco – Cooperativa Odontológica

Porte	Dados	Total
Médio Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.017.561,26
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	810.470,81
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	2.701.569,35
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	482.692,71
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	238.430,39
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	794.767,95
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	265.518,47
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	231.084,37
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	770.281,24
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	351.877,13
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	160.264,90
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	534.216,33
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	43.913,82
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	37.208,52
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	124.028,41
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	2.815,99
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	3.326,82
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	11.089,40

Fonte: ANS

Os dados das cooperativas odontológicas indicam que a provisão de risco vem sendo observada de acordo com o que estabelece a legislação vigente. A exceção ocorre no pequeno porte (nenhum beneficiário informado), onde a provisão de risco constituída neste grupo está abaixo do exigido para julho de 2003. As operadoras classificadas como odontologia de grupo estão observando a regra do capital mínimo como estabelece a legislação.

Tabela 32 – Constituição da Provisão de Risco – Odontologia de Grupo

Porte	Dados	Total
Grande Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	3.817.460,70
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	1.757.650,20

	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	5.858.833,99
Médio Porte	Provisão de Risco constituída até dez/2003	1.179.959,74
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	1.064.182,37
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	3.547.274,56
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	640.425,53
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	438.546,04
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	1.461.820,14
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	256.730,33
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	158.453,10
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	528.176,98
Pequeno Porte 5000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	658.290,40
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	377.238,35
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	1.257.461,16
Pequeno Porte 1000 (entre 1 e 999 beneficiários)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	206.665,34
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	76.526,21
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	255.087,37
Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiários não informados)	Provisão de Risco constituída até dez/2003	25.396,77
	Provisão de Risco 30% constituída até julho/2003	20.324,55
	Provisão de Risco a ser constituída até julho/2007	67.573,50

Fonte: ANS

Quanto à provisão de risco, os dados demonstram que as operadoras vêm provisionando de acordo com o estabelecido pela ANS. Na análise da provisão de risco de 30% até julho de 2003, os dados mostram que os valores provisionados ultrapassam o exigido.

Tabela 33 – Enquadramento em Provisão de Risco – 100% do valor calculado

Porte OPS	Situação da Constituição de 100% Provisão de Risco		Total	Percentual de operadoras que não constituíram 100% da PR
	Observam	Não Observam		
Grande Porte	7	29	36	80,6
Médio Porte	12	180	192	93,8
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	11	146	157	93,0
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	25	128	153	83,7
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	70	213	283	75,3
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	40	115	155	74,2
Pequeno Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiário não informado)	11	42	53	79,2
Total	176	853	1029	82,9

Fonte: ANS

Os dados apresentados na Tabela 33 demonstram que 17,1% do total de operadoras já constituíram 100% da provisão de risco, valor que as operadoras, que estão no mercado, poderão provisionar até julho de 2007. A maioria das operadoras (82,9%) vem provisionando conforme determina a legislação. O fato de ter havido antecipação pode representar que essas operadoras têm vantagens competitivas em relação a outras no mercado, usando-as como estratégia de *marketing* de boa saúde financeira da operadora ou apenas utilizando a constituição de 100% antecipadamente para abatimento do cálculo de impostos, tais como: imposto de renda, PIS, Cofins, etc.

Tabela 34 – Enquadramento em Provisão de Risco – 100% do valor calculado

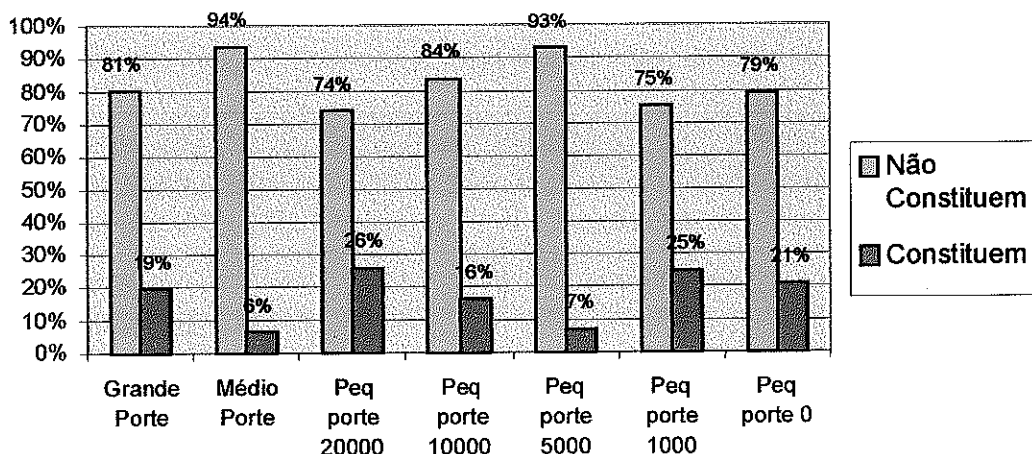
Porte OPS	Operadoras que não constituíram 100% PR	Diferença do contabilizado versus o estimado	Valor médio por operadora
Grande Porte	29	(160.551.963,27)	(5.536.274,60)
Médio Porte	180	(135.637.919,93)	(753.544,00)
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	146	(32.113.354,84)	(219.954,49)
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	128	(17.853.960,81)	(139.484,07)
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	213	(9.499.797,89)	(44.599,99)
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	115	(3.243.862,49)	(28.207,50)
Pequeno Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiário não informado)	42	(19.348.681,04)	(460.682,88)
Total	853	(378.249.540,27)	-

Fonte: ANS

Diferença Contabilizado x Estimado – provisão de risco contabilizada pelas operadoras até dezembro/2003 sobre o estimado para ser constituído até julho/2007.

Os dados da Tabela 34 indicam que a maioria das operadoras (78,1%) está utilizando a estratégia de constituir a provisão de risco conforme o estabelecido na RDC nº 77, de 2001, ou seja, 15% até julho de 2002, 30% até julho de 2003, 45% até julho de 2004, 60% até julho de 2005, 80% até julho de 2006 e 100% até julho de 2007.

**Gráfico 4 - Enquadramento da Provisão de Risco (100%) por Porte
4º trimestre de 2003**



A Tabela 35 apresenta os dados da constituição de 30% das provisões que deveriam ser constituídas até julho de 2003.

Tabela 35 – Enquadramento em Provisão de Risco – 30% do valor calculado

Porte OPS	Situação da Constituição de 30% Provisão de Risco		Total	Percentual de operadoras que não constituíram 100% da PR
	Observam	Não Observam		
Grande Porte	34	2	36	5,6
Médio Porte	170	22	192	11,5
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	133	24	157	15,3
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	119	34	153	22,2
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	210	73	283	25,8
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	94	61	155	39,4
Pequeno Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiário não informado)	44	9	53	17,0
Total	804	225	1029	21,9

Fonte: ANS

Os dados demonstram que apenas 21,9% das operadoras não conseguiram constituir as provisões de risco (30%), o que pode comprometer a continuidade dessas operadoras no mercado, mas podemos destacar o desempenho da maioria, 78,1%, que apresentou constituição da provisão de risco acima do esperado.

Tabela 36 – Enquadramento em Provisão de Risco – 30% do valor calculado

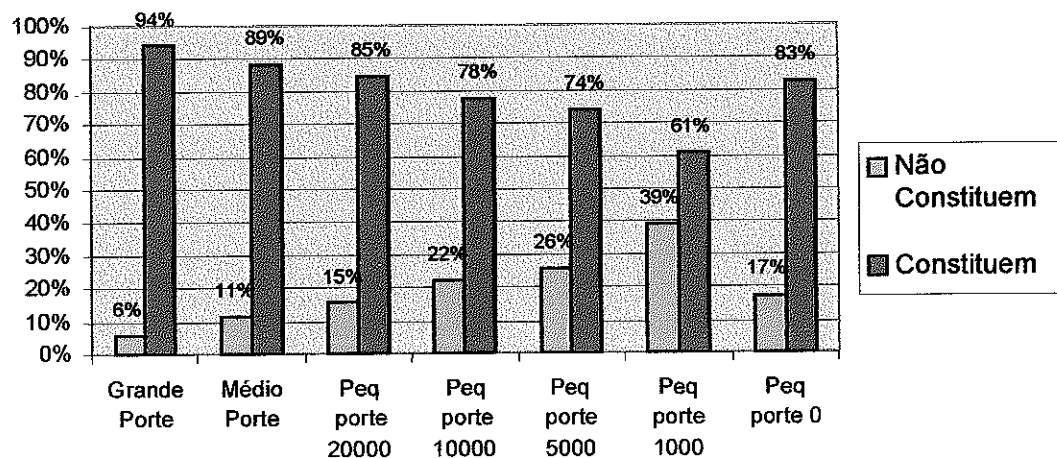
Porte OPS	Operadoras que não constituíram 30% PR	Diferença do Contabilizado versus o Estimado	Valor Médio por Operadora
Grande Porte	2	(1.270.249,38)	(635.124,69)
Médio Porte	22	(3.501.029,41)	(159.137,70)
Pequeno Porte 20.000 (entre 10.000 e 19.999 beneficiários)	24	(1.439.158,40)	(59.964,93)
Pequeno Porte 10.000 (entre 5.000 e 9.999 beneficiários)	34	(1.587.336,16)	(46.686,36)
Pequeno Porte 5.000 (entre 1.000 e 4.999 beneficiários)	73	(1.205.418,54)	(16.512,58)
Pequeno Porte 1.000 (entre 1 e 999 beneficiários)	61	(1.335.845,78)	(21.899,11)
Pequeno Porte 0 (Nenhum beneficiário ou beneficiário não informado)	9	(55.370,62)	(6.152,29)
Total	225	(10.394.408,29)	-

Fonte: ANS

Diferença Contabilizado x Estimado – provisão de risco contabilizada pelas operadoras até dezembro/2003 sobre o estimado para ser constituído até julho/2003.

Os resultados apresentados na Tabela 36 demonstram que 225 operadoras estão com dificuldades em se adequar à regra de constituição da provisão de risco, que busca garantir que as obrigações contratuais de cobertura assistencial sejam cumpridas. O resultado apresentado por essas operadoras, que não conseguiram constituir os 30% exigido pela norma, demonstra o seu estado crítico, com problemas graves na continuidade de suas operações.

**Gráfico 5 - Enquadramento da Provisão de Risco (30%) por Porte
4º trimestre de 2003**



A RN nº 67, de 2004, estabelece que, a partir de julho de 2004, as operadoras de planos de saúde lastreiem os 45% da provisão de risco provisionados até essa data, constituindo os ativos garantidores. As operadoras devem demonstrar suas provisões contabilmente, como também financeiramente, lastrendo-as com ativos, ou seja, devem passar de um sistema meramente de registro contábil (econômico) para o financeiro, através da compra de títulos de renda fixa, de renda variável ou de imóveis.

É neste momento que ocorre o desafio normativo para a ANS, e a clara avaliação dos efeitos gerados pelo regime regulatório sobre as estruturas das empresas. No âmbito normativo, foram feitas regras que garantissem uma melhor solvência para este mercado; o grande dilema está em como este mercado vai reagir à imposição dessas regras, migrando de um mercado tomador de empréstimos para o aplicador de recursos.

A questão central para o futuro do setor de saúde suplementar é saber o quanto a regulação das operadoras de planos de assistência à saúde, por força das novas exigências para entrada e permanência neste mercado, levará à concentração deste mercado.

A análise dos dados, tanto do capital mínimo como da provisão de risco, aponta uma direção bastante clara de insolvência de algumas empresas, aproximadamente 20% terão dificuldades de continuar operando, já que este mercado tende a ficar mais concentrado a partir do momento em que um grupo de operadoras, principalmente as de pequeno porte, não consegue mais permanecer nele.

5. ANÁLISE DOS DADOS DA ADEQUAÇÃO DAS OPERADORAS À LEGISLAÇÃO VIGENTE

A fiscalização da agência reguladora, no caso a ANS, tem como papel operacional a verificação da adequação do setor às regras da regulamentação, através de sua atividade coatora, passando a imputar sanções àquelas operadoras que não tenham adotado as regras em vigor. Desta forma, a fiscalização exerce o seu papel na garantia da efetividade da regulação do mercado.

No caso da ANS, a fiscalização atua de duas formas: 1) reativa, que fiscaliza o mercado em relação aos problemas pontuais de consumidores, imputando sanções referentes às infrações à legislação, por meio de denúncia dos consumidores; e 2) planejada, atua de dois modos: a) como verificadora e analista da situação do mercado em relação à adequação à regulamentação imposta quando, a partir da amostra estratificada representativa do setor, verifica e constata a adoção de todos os itens regulamentados na área contábil, econômico-financeira e assistencial; e, b) como educadora do setor, quando inspeciona todos os itens regulamentados, imputando sanções aos descumprimentos verificados e fazendo recomendações de providências maiores à ANS em relação à operadora diligenciada.

Baseado nos dados que serão apresentados neste capítulo, pretende-se enfatizar, à luz das teorias de regulação, a importância da atividade fiscalizatória no processo de regulação do mercado de saúde suplementar e mensurar o quanto as operadoras têm se adequadado às normas, utilizando-se a experiência da ANS. Para tanto, serão analisados os quantitativos de fiscalizações pró-ativas realizadas nas operadoras de planos privados de assistência à saúde, no período de 2002, verificando o grau de adequação das operadoras à legislação vigente.

Este capítulo busca proporcionar uma análise do grau de adequação das operadoras de planos privados de assistência à saúde à legislação vigente para o setor, enfocando as modalidades organizacionais de seguradora, medicina de grupo e cooperativa médica, por representarem 75% do mercado de saúde suplementar em número de beneficiários.

5.1 Análise das seguradoras

Dados da ANS indicavam a existência de 13 seguradoras especializadas em saúde em 2002, evidenciando que este segmento de mercado experimentou um intenso processo de concentração de capital nos últimos anos, uma vez que no final de 1990, a Susep registrava cerca de 68 seguradoras atuando na área de assistência à saúde. Além disso, trata-se de um segmento extremamente concentrado, haja vista que as duas maiores seguradoras são responsáveis por mais de 75% do mercado de seguradoras especializadas em assistência à saúde.

A análise dos dados das cinco seguradoras fiscalizadas em 2002, que representava 38,46% do mercado, com um quantitativo de aproximadamente 4.421.887 beneficiários, demonstrou que as seguradoras não tiveram infrações quanto aos aspectos contábil e econômico-financeiro analisados.

As seguradoras adaptadas à regulação e fiscalização da Susep, quando tiveram de especializar-se na área de seguro saúde não tiveram dificuldades em cumprir as normas da legislação do setor de saúde suplementar.

As seguradoras tinham uma cultura consolidada de constituição de garantias financeiras e envio de dados econômico-financeiros para a Susep, por isso, quando fiscalizadas pela ANS, atenderam a todas as exigências sobre os aspectos contábeis e econômico-financeiros.

5.2 Análise das medicinas de grupo

A análise dos dados da fiscalização quanto à adequação das operadoras na modalidade organizacional de medicina de grupo, no tocante aos aspectos contábil e econômico-financeiros, demonstra que das 83 operadoras fiscalizadas, que representam aproximadamente 3.511.526 usuários, 45 apresentaram algum tipo de conduta infrativa, ou seja, 54,2% das operadoras que foram fiscalizadas. Apenas 23 operadoras não apresentaram irregularidades sobre esses aspectos, o que representa 27,7% da amostra. E as restantes 15 operadoras não foram fiscalizadas por diversos motivos: porque não foram localizadas, tiveram seus registros cancelados, não permitiram a fiscalização,

configurando embaraço à fiscalização ou por estarem em direção fiscal ou liquidação extrajudicial decretada na época da fiscalização.

Das 45 operadoras que apresentaram infrações à legislação vigente quanto aos aspectos contábil e econômico-financeiro: 45,5 % não fazem a escrituração dos livros auxiliares; 9,1% não constituem provisão de risco; 6,5% não enviam o Diops; 6,5 não adotam o princípio de competência; 6,5% não submetem suas demonstrações contábeis a auditores independentes; 6,5% não adotam o Plano de Contas Padrão e 5,1 % apresentam o Índice de Giro de Operações (IGO) menor do que 1. Estas infrações constituem 85,7% das irregularidades encontradas na medicina de grupo.

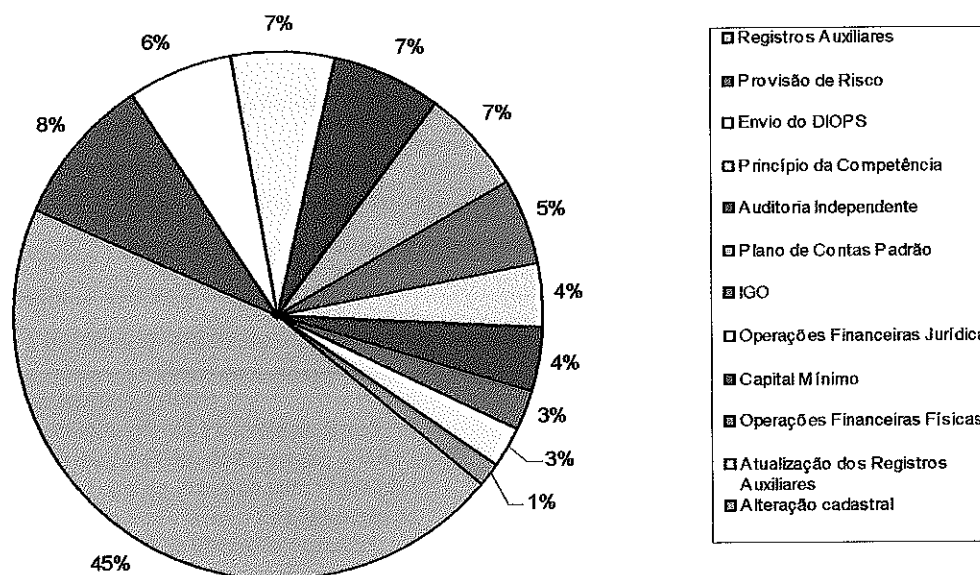
Tabela 37 – Número de infrações e respectivo percentual dos aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados do segmento Medicina de Grupo

Aspectos Fiscalizados	Nº de Infrações	Percentual (%)
Quanto à escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios	35	45.5
Quanto à constituição da Provisão de Risco	7	9.1
Quanto ao envio do DIOPS	5	6.5
Quanto à Adoção do Princípio da Competência	5	6.5
Quanto à Obrigatoriedade de Auditoria Independente	5	6.5
Quanto à Adoção ao Plano de Contas Padrão	5	6.5
Quanto ao Índice de Giro de Operação – IGO	4	5.1
Quanto à Realização de Operações Financeiras com Pessoas Jurídicas	3	3.9
Quanto à exigência de Capital Mínimo	3	3.9
Quanto à Realização de Operações Financeiras com Pessoas Físicas	2	2.6
Quanto à atualização dos Registros Auxiliares Obrigatórios	2	2.6
Quanto à informação de alteração cadastral	1	1.3
Quanto à centralização da contabilidade na sede da Operadora	-	0.0
Quanto à Publicação das Demonstrações Contábeis e Parecer dos Auditores Independentes	-	0.0
Quanto à remessa à ANS das Demonstrações Contábeis e do Parecer dos Auditores Independentes	-	0.0
Quanto à Margem de Solvência	-	0.0
Quanto à exigência de Provisão para Operação	-	0.0
Total	77	100.0

Fonte: Dados tabulados pela autora, extraídos dos relatórios de fiscalização de 2002.

A falta de escrituração dos registros auxiliares obrigatórios é a conduta que apresenta maior frequência de infrações, a metade das ocorrências de infração à legislação. As operadoras alegam que, para efetuarem a escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios, seria necessário um investimento substancial na área de recursos técnicos e pessoal qualificado. Com relação à não constituição da provisão de risco, 9,1% perpassam pelas dificuldades financeiras das operadoras ou de adequação à legislação vigente.

Gráfico 6 – Percentual de infrações dos aspectos contábeis e econômico-financeiro – Medicina de Grupo



Ocorreram, também, outros tipos de infrações no aspecto contábil e econômico financeiro, como podemos observar na Tabela 37, tais como: a não entrega do DIOPS, a não adoção do Princípio da Competência e obrigatoriedade de Auditoria Independente. O não cumprimento dessas normas deve-se ao fato da não adequação das operadoras à legislação vigente.

5.3 Análise das cooperativas médicas (Unimed's)

Os dados apresentados sobre a fiscalização dos aspectos contábil e econômico-financeiro das cooperativas médicas demonstram que das 53 operadoras fiscalizadas, que representam aproximadamente 3.145.671 usuários, 42 apresentaram infração à legislação, ou seja, 79,2% das operadoras neste segmento deixam de cumprir normas referentes aos aspectos contábil e econômico-financeiro estabelecidos pela legislação de saúde suplementar vigente. Apenas 7 operadoras não apresentaram irregularidades, 3 operadoras impediram a fiscalização, configurando embaraço à fiscalização, e 1 operadora estava sob regime de direção fiscal no período da fiscalização, não sendo fiscalizada.

A análise dos dados dos aspectos contábil e econômico-financeiro fiscalizados demonstrou as infrações cometidas pelas cooperativas médicas (Tabela 38), quais sejam: 32,8% foi pela falta escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios, 16% pela não adoção do Plano de Contas Padrão, 14,3% o não envio do Diops, 11,8% a não constituição da provisão de risco e 11,8% por estarem com o IGO menor 1, totalizando 86,7% das infrações cometidas nesse segmento.

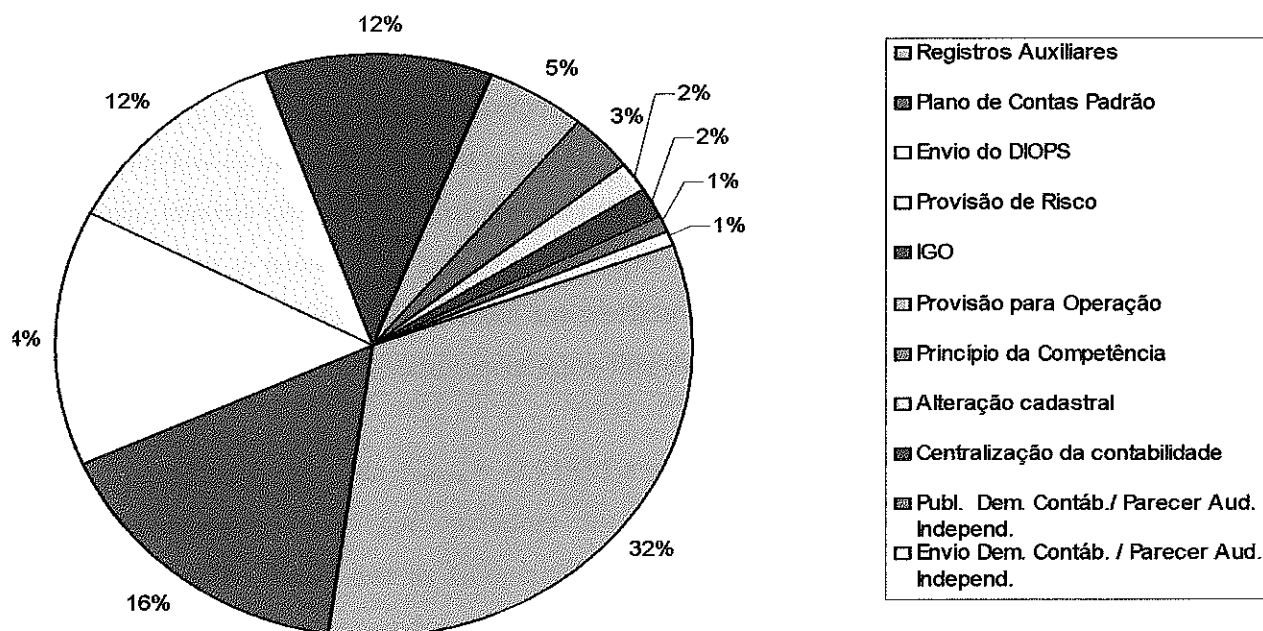
Tabela 38 – Número de infrações e respectivo percentual dos aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados no segmento Cooperativa Médica

Aspectos Fiscalizados	Nº de Infrações	Percentual (%)
Quanto à escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios	39	32.8
Quanto à Adoção do Plano de Contas Padrão	19	16.0
Quanto ao envio do DIOPS	17	14.3
Quanto à constituição da Provisão de Risco	14	11.8
Quanto ao Índice de Giro de Operação – IGO	14	11.8
Quanto à exigência de Provisão para Operação	6	4.9
Quanto à Adoção do Princípio da Competência	4	3.4
Quanto à Informação de alteração cadastral	2	1.7
Quanto à centralização da contabilidade na sede da Operadora	2	1.7
Quanto à Publicação das Demonstrações Contábeis e Parecer dos Auditores Independentes	1	0.8
Quanto à remessa à ANS das Demonstrações Contábeis e do Parecer dos Auditores Independentes	1	0.8
Quanto à exigência de Capital Mínimo	-	0.0
Quanto à Realização de Operações Financeiras com Pessoas Físicas	-	0.0
Quanto à Realização de Operações Financeiras com Pessoas Jurídicas	-	0.0
Quanto à Obrigatoriedade de Auditoria Independente	-	0.0
Quanto à atualização dos Registros Auxiliares Obrigatórios	-	0.0
Quanto à Margem de Solvência	-	0.0
Total	119	100.0

Fonte: Dados tabulados pela autora, extraídos dos relatórios de fiscalização de 2002.

A falta de escrituração dos registros auxiliares obrigatórios é a infração de maior frequência – 32,8%, que também foi a de maior frequência no segmento Medicina de Grupo.

Gráfico 7 – Percentual de infrações dos aspectos contábil e econômico-financeiro – Cooperativa Médica



Detectamos que algumas cooperativas médicas deixam de cumprir outras normas estabelecidas pela ANS, tais como: 4,9% não constituem a provisão para operação; 3,4% não adotam o princípio de competência, 1,7% não informa as alterações de natureza cadastral, 1,7% não centraliza a contabilidade na sede da operadora, 0,8 % não publica as demonstrações contábeis e 0,8% não envia as demonstrações contábeis à ANS.

5.4 Comparação dos segmentos em estudo

Verificamos que as cooperativas médicas é o segmento que apresenta maior resistência a adequar-se à legislação vigente, por acharem que não estão submetidas à Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, mas sim à Lei nº 5.764, de 1971, que define a Política Nacional de Cooperativismo, instituindo o regime jurídico das sociedades cooperativas.

A Tabela 39 apresenta o número de infrações das operadoras em análise para cada um dos tópicos dos aspectos contábeis e econômico-financeiros. Observa-se que o total de infrações das Cooperativas Médicas é 119 contra 77 da Medicina de Grupo. Das 45 operadoras de Medicina de Grupo fiscalizadas, apresentaram, em média, 1,7 infrações

aos aspectos contábil e econômico-financeiro. Das 42 Cooperativas Médicas fiscalizadas, foram cometidas, em média, 2,8 infrações. Comparando estas médias, conclui-se que as Cooperativas Médicas apresentam 60,7% de infrações a mais que as operadoras classificadas no segmento de Medicina de Grupo.

O teste-t, para comparação de médias, aplica-se à situação em que queremos comparar as médias de duas distribuições normais, supondo que se trata da mesma população, ou seja, número de infrações dos aspectos econômico-financeiros do segmento Medicina de Grupo e número de infrações dos aspectos econômico-financeiros no segmento Cooperativa Médica. Há interesse em verificar se diferentes frequências caracterizam diferença quanto aos aspectos econômico-financeiros.

O teste mostra que com $T_{\text{crítico}} = -3.91885$ e $p\text{-value} = 2,6 \times 10^{-4}$, portanto, $p < 0,05$, o número de infrações por operadora dos segmentos em análise apresenta diferença significativa, sendo que as Cooperativas Médicas apresentam um maior número de infrações do que as operadoras de Medicina de Grupo.

Tabela 39 – Comparação do número de infrações por aspectos econômico-financeiros e contábeis fiscalizados entre os segmentos Medicina de Grupo e Cooperativa Médica

Aspectos Fiscalizados	Nº de infrações do segmento Medicina de Grupo	Percentual (%)	Nº de infrações do segmento Cooperativa Médica	Percentual (%)
Quanto à escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios	35	45,5	39	32,8
Quanto à Adoção ao Plano de Contas Padrão	5	6,5	19	16,0
Quanto ao envio do Diops	5	6,5	17	14,3
Quanto à constituição da Provisão de Risco	7	9,1	14	11,8
Quanto ao Índice de Giro de Operação – IGO	4	5,2	14	11,8
Quanto à exigência de Provisão para Operação	-	0,0	6	5,0
Quanto à Adoção do Princípio da Competência	5	6,5	4	3,4
Quanto à informação de alteração cadastral	1	1,3	2	1,7
Quanto à centralização da contabilidade na sede da Operadora	-	0,0	2	1,7
Quanto à Publicação das Demonstrações Contábeis e Parecer dos Auditores Independentes	-	0,0	1	0,8
Quanto à remessa à ANS das Demonstrações Contábeis e do Parecer dos Auditores Independentes	-	0,0	1	0,8
Quanto à exigência de Capital Mínimo	3	3,9	-	0,0
Quanto à Realização de Operações	2	2,6	-	0,0

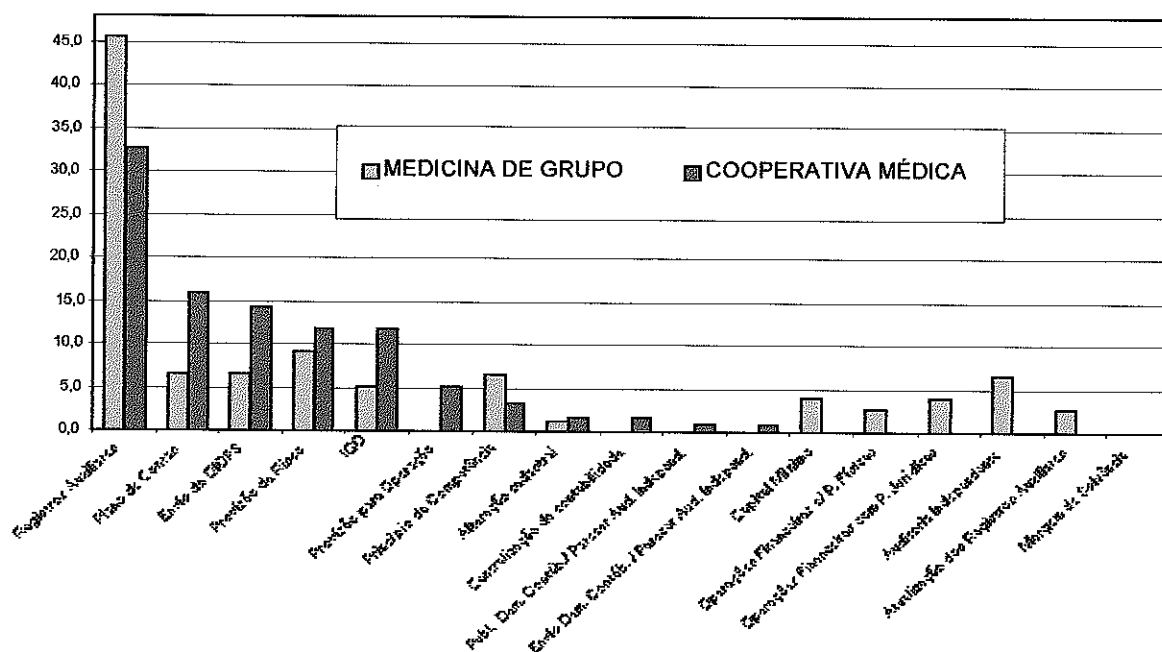
Financeiras com Pessoas Físicas Quanto à Realização de Operações	3	3,9	-	0,0
Financeiras com Pessoas Jurídicas Quanto à Obrigatoriedade de Auditoria Independente	5	6,5	-	0,0
Quanto à atualização dos Registros Auxiliares Obrigatórios	2	2,6	-	0,0
Quanto à Margem de Solvência	-	0,0	-	0,0
Total	77	100,0	119	100,0

Fonte: Dados tabulados pela autora, extraídos dos relatórios de fiscalização de 2002.

Ao comparar o total de condutas infrativas do segmento Medicina de Grupo (77 infrações), com o total de condutas infrativas do segmento Cooperativa Médica (119), observamos que as operadoras no segmento de Medicina de Grupo representam, em média, 1,7 infrações por operadora, já as operadoras do segmento de Cooperativa Médica apresentam 2,8 infrações por operadora.

Esses dados indicam que as operadoras classificadas no segmento de Medicina de Grupo parecem estar mais adequadas ao cumprimento das normas vigentes do que as operadoras no segmento de Cooperativa Médica. A verificação do cumprimento dessas normas permite à ANS avaliar quais as operadoras no mercado que estão omitindo informações e/ou descumprindo normas, o que poderá acarretar multa pecuniária ou intervenção por parte da ANS.

**Gráfico 8 – Comparativo das infrações dos aspectos contábeis e econômico-financeiros –
Medicina de Grupo x Cooperativa Médica**



O teste mostra que com $T_{\text{crítico}} = 2.62127$ e $p\text{-value} = 0,03434$, portanto, $p < 0,05$, o tipo de infração por operadora dos segmentos em análise apresenta diferença significativa, ou seja, a distribuição dos tipos de infração entre os dois segmentos difere.

O $p\text{-value}$ é a probabilidade de obter um valor da estatística amostral de teste no mínimo tão extremo como o que resulta dos dados amostrais, na suposição de a hipótese nula ser verdadeira (Triola, 1998). Quando o valor p for, no máximo, igual ao nível de significância, a hipótese nula será rejeitada, quando o valor p for maior que o valor α , a hipótese nula não é rejeitada. O valor do nível de significância é 0,05.

6. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

As condições institucionais, para a montagem de um sistema regulatório com maior capacidade de atuação, foram impulsionadas com a criação da ANS, em 1990, na medida em que a Agência unificou as atividades de regulação em um único órgão e foi constituída como autarquia em regime especial, com autonomia decisória e financeira. As ações desenvolvidas pela ANS, em seus quatro anos de existência, indicam a realização de um grande esforço de normatização para definir as regras de funcionamento do mercado de saúde suplementar, com destaque para as seguintes áreas: coberturas assistenciais e condições de acesso; entrada, permanência e saída das operadoras; reajuste de preços; fiscalização das atividades de operação e comercialização dos planos; monitoramento dos contratos e ressarcimento ao SUS. Deve-se reconhecer, portanto, que a ANS foi capaz de produzir, em pouco tempo, avanços significativos, no sentido de padronizar e estabelecer as condições de operação de um setor que vinha operando há 40 anos sem nenhuma regra.

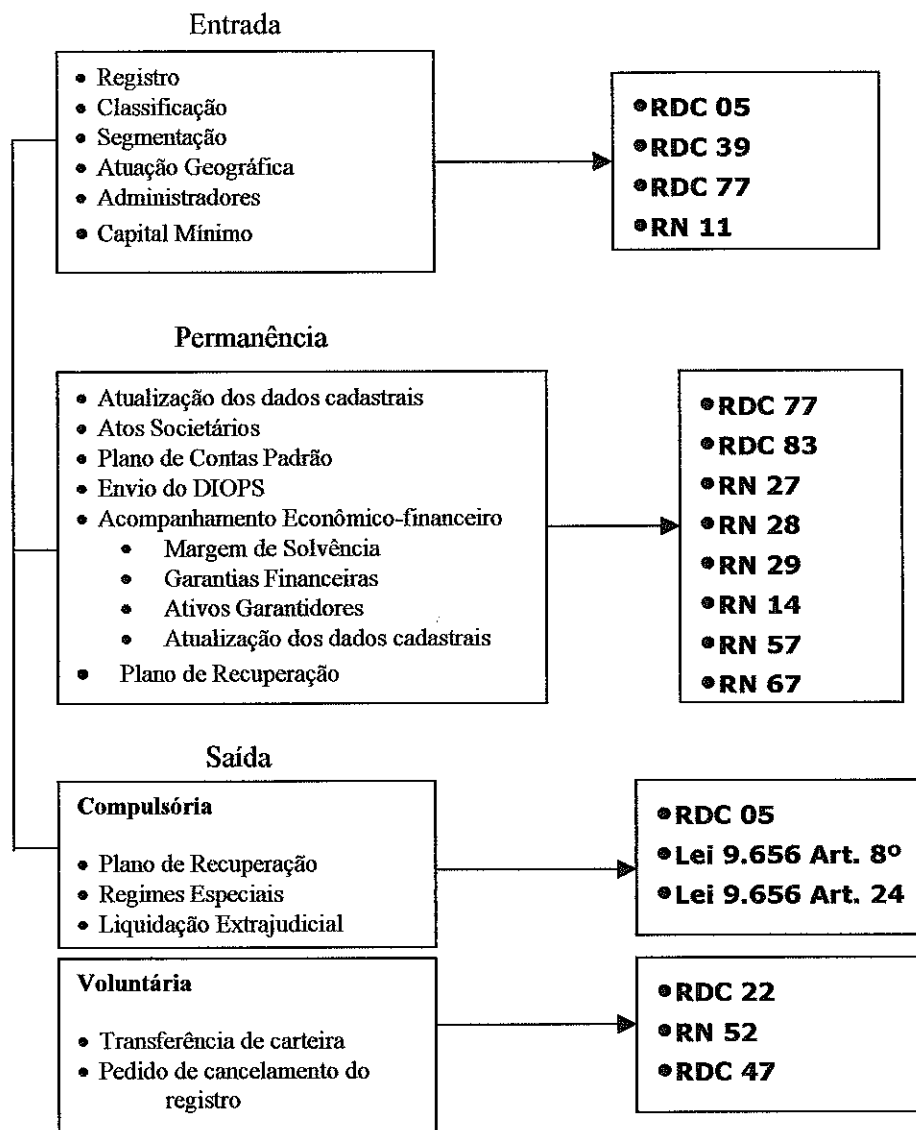
Essa medida é significativamente inovadora, uma vez que propõe o ingresso da ação governamental num campo que vinha funcionando sem qualquer forma de controle estatal. Traz, também, um desafio, pois não há nenhum órgão constituído a quem suceder, conforme ocorre com os serviços públicos privatizados que passam para a supervisão do Estado via agências reguladoras setoriais.

Quando a regulação entra na dimensão econômico-financeira estabelecendo condições de entrada, de permanência e de saída do setor, e com a exigência da constituição de reservas e garantias, pretende-se dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor. A legislação de saúde suplementar revela preocupação com os aspectos financeiros e patrimoniais das operadoras, demonstrando, em particular, que há uma relação direta entre a solvência de uma operadora e a manutenção e qualidade da prestação dos serviços de assistência à saúde aos consumidores.

Em relação ao primeiro objetivo intermediário desta dissertação, que fora identificar os instrumentos regulatórios adotados pela ANS para estabelecer barreiras de entrada,

permanência e saída das operadoras no mercado de saúde suplementar, o enfoque para compreensão geral do problema foi o estudo da legislação do setor de saúde suplementar, que estabelece mecanismos para controle de entrada, permanência e saída, chegando-se à seguinte estrutura:

Figura 3 – Estrutura de entrada, permanência e saída das operadoras no mercado de saúde suplementar



Em relação ao segundo objetivo intermediário desta dissertação, que verificou a adequação das operadoras de planos privados de assistência à saúde às exigências da Resolução de Diretoria Colegiada nº 77, que estabelece as garantias financeiras,

conclui-se que cerca de 15,7% das operadoras analisadas tiveram dificuldades em observar os 30% de capital mínimo exigidos pela ANS até julho de 2003, demonstrando a fragilidade de algumas operadoras em permanecer neste mercado. Mas a maioria (84,3%) mantém o montante de patrimônio contabilizado acima do exigido pela norma.

Os dados também revelam que, se fosse observada a regra de integralização de 100% do capital mínimo para as operadoras entrantes, 26,1% não disporiam desse capital para entrar neste mercado. Sendo que o capital mínimo é uma regra de entrada e tem o intuito de capacitar a operadora, em início de operação, a manter esse patrimônio em nível adequado aos riscos assumidos pelas operadoras de planos de saúde, os dados demonstram que o capital mínimo representa uma barreira à entrada das operadoras no mercado de saúde suplementar.

Também, ficou evidenciado, no decorrer desta análise, que, quanto à constituição da provisão de risco, as operadoras vêm provisionando de acordo com o estabelecido pela ANS. Na análise da provisão de risco de 30% até julho de 2003, os dados mostram que os valores provisionados ultrapassam o exigido. Do total de operadoras analisadas, 17,1% já constituíram 100% da provisão de risco, valor que as operadoras que estão no mercado podem provisionar até julho de 2007. Essa antecipação da provisão de risco pode representar que essas operadoras têm vantagens competitivas em relação às outras no mercado.

Mas os dados também demonstram que 21,9% das operadoras não conseguiram fazer as provisões de risco de 30%, o que pode representar diminuição das possibilidades de essas operadoras manterem-se no mercado. Mas, podemos destacar o desempenho da maioria (78,1%), que apresentaram constituição da provisão de risco acima do esperado.

Os dados evidenciam dificuldades das operadoras em observar as regras de capital mínimo e constituição da provisão de risco. Esse fato foi observado nas operadoras de pequeno porte, como também nas de médio e grande porte. Mas, as operadoras de médio e grande porte têm número mínimo de consumidores na carteira capaz de permitir superar as dificuldades financeiras e voltar à manutenção de padrões razoáveis de solvência e conseqüente sustentabilidade, o mesmo não ocorrendo com as operadoras de pequeno porte.

Cabe ressaltar o desempenho das seguradoras especializadas em saúde que já provisionaram os ativos garantidores (capital mínimo e provisão de risco) acima do estabelecido na legislação vigente, o que demonstra vantagens competitivas dentro do mercado de saúde suplementar.

Em relação ao terceiro objetivo intermediário desta dissertação, quanto a analisar os dados das fiscalizações pró-ativas realizadas em 2002 pela ANS, identificando o perfil de adequação econômico-financeiro e contábil dessas operadoras, segundo a análise feita sobre a adequação das operadoras no segmento de seguradora, medicina de grupo e cooperativas médicas, que juntas são responsáveis por aproximadamente 75% dos beneficiários que utilizam planos de saúde, os dados apontam que as seguradoras acostumadas a atuarem num mercado regulado quando fiscalizadas pela ANS não apresentaram condutas infrativas aos aspectos contábil e econômico-financeiro.

Com relação às operadoras classificadas como Medicina de Grupo e Cooperativa Médica, ao comparar o somatório dos principais tipos de infração do segmento Medicina de Grupo (85,7%) com o somatório dos principais tipos de infração do segmento Cooperativa Médica (94,3%), conclui-se que os sete mais frequentes são praticamente os mesmos: a falta de escrituração dos Registros Auxiliares Obrigatórios, a não adoção ao Plano de Contas Padrão, o não envio do DIOPS, a não constituição da Provisão de Risco, não observância do Índice de Giro de Operação (IGO), a não adoção do Princípio da Competência e a não contratação de Auditoria Independente.

Esses dados indicam que as operadoras classificadas no segmento de medicina de grupo estão mais adequadas ao cumprimento das normas vigente da ANS do que as operadoras no segmento de cooperativa médica. Talvez, pela relutância das cooperativas médicas em se submeterem à Lei nº 9.656, de 1998.

Dentro desse cenário, a análise realizada neste trabalho permite fazer as seguintes considerações como contribuição para se promover uma melhor sustentabilidade do mercado de saúde suplementar:

1. as estratégias que poderiam ser adotadas neste momento seriam a fusão, aquisição ou mesmo a transferência de carteira dessas operadoras em dificuldades financeira para outras operadoras economicamente e financeiramente saudáveis;
2. a concentração das empresas no mercado pode resultar na saída das pequenas operadoras ou de operadoras mal-administradas, estimulando que as empresas mais competitivas ocupem, portanto, esses nichos de mercado.

Cabe também ressaltar, que é de suma importância a utilização dos indicadores oriundos da fiscalização proativa, para mensurar as dificuldades das operadoras à adequação, e o impacto econômico-financeiro que a normatização impõe, exercendo seu poder de imputar sanções aos descumprimentos verificados, mas também exercendo seu papel pedagógico dentro desse setor.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Jether. *Microeconomia: uma abordagem introdutória*. São Paulo: MAKRON Books, 1995.

BAIN, J. *Barriers to new competition*. Cambridge: Harvard University Press, 1956.

BALDWIN, Robert; CAVE, Martin. *Understanding regulation: theory, strategy and practice*. Inglaterra: Oxford University Press, 1999.

BENJÓ, Isaac. *Fundamentos da teoria da regulação*. Rio de Janeiro: Thex Editora, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação e Saúde: Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

_____. Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília: Presidência da República, 1995

_____. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos de saúde e as operadoras de planos de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 1.665, 4 jun. 1998, p. 1, coluna 1.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 1998. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 29 jan. 1998, p. 5, coluna 2, Seção Extra.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 5, de 18 de fevereiro de 2000. Aprova normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2000.

_____. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2000.

_____. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 47, de 03 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2001.

_____. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Dispõe sobre os critérios de constituição das garantias financeiras a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2001.

_____. Resolução Normativa – RN nº 67, de 04 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre a diversificação dos ativos das operadoras de planos privados de assistência à saúde para aceitação como garantidores e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2004.

COSTA, Nilson do Rosário *et al.* O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, mar.abr. 2001.

CUNHA, Paulo César. *Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

GUJARATI, D.N. *Econometria básica*. São Paulo: Editora Makron Books, 2000

IUDÍCIBUS, Sérgio (Coord.). *Contabilidade Introdutória*. 9. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1998.

IUDÍCIBUS, Sérgio. *Análise de balanços: análise da liquidez e do endividamento, análise do giro, rentabilidade e alavancagem financeira*. São Paulo: Atlas, 1998.

KUPFER, David; HASENCLEVER, Lia (Coord.). *Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

PINDICK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. *Microeconomia*. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

PORTER, Michael E. *A vantagem competitiva das nações*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

SALOMÃO FILHO, Calixto. *Regulação da atividade econômica: princípios e fundamentos jurídicos*. São Paulo: Malheiros Editores, 2001.

SARAVIA, Henrique; PECI, Alketa; BRASÍLICO, Edson Américo (Orgs.). *Regulação, defesa da concorrência e concessões*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002.

TEIXEIRA, Aloísio. *Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2001. (Cadernos de saúde suplementar, 2º ciclo de oficinas).

TRIOLA, M. F. *Introdução à estatística*. 7. ed.. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1998.

STIGLITZ, J. E. Market Failure. *Economics of public sector*. 3. ed. NewYork: W.W. Norton, 1999, p. 55-92.

ANEXOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Diretoria Colegiada

RESOLUÇÃO - RDC Nº 77, DE 17 DE JULHO DE 2001 (*)

Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do art. 10 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 3 de julho de 2001 e considerando o disposto nas alíneas "d", "e" e "g" do inciso IV do art. 35-A da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art.1º A presente Resolução estabelece os critérios de operação a serem observados pelas OPS.

Parágrafo único. As Autogestões Patrocinadas e as Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde não estão subordinadas ao disposto nesta Resolução, sendo objeto de regulamentação específica, em especial no que for referente às regras de patrocínio das Autogestões.

Art. 2º Para efeito desta Resolução, consideram-se:

I - Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados: a provisão técnica estimada atuarialmente para o pagamento dos eventos que já tenham ocorrido, mas que ainda não sejam de conhecimento da operadora;

II - Ativo Líquido: o correspondente ao valor contábil representado pelo Patrimônio, com os seguintes ajustes, quando for o caso:

a) adições:

1. lucros não-realizados da carteira de ações;
2. receitas de exercícios futuros efetivamente recebidas;

b) deduções:

1. participações diretas ou indiretas em sociedades congêneres atualizadas pela efetiva equivalência patrimonial;
2. despesas de exercícios futuros efetivamente despendidas;
3. despesas antecipadas;

III - Margem de Solvência: a reserva suplementar às provisões técnicas que a operadora deverá dispor para suportar oscilações das suas operações, devendo ser correspondente à suficiência do Ativo Líquido para cobrir montante igual ou maior do que os seguintes valores:

a) zero vírgula vinte vezes a média anual do total das contraprestações pecuniárias emitidas líquidas nos últimos trinta e seis meses;

b) zero vírgula trinta e três vezes a média anual do total dos Eventos Indenizáveis Líquidos nos últimos sessenta meses.

Art. 3º Objetivando a aplicabilidade dos critérios estabelecidos nesta norma, deverão ser consideradas a segmentação das OPS disposta na Resolução - RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000, as definições contidas na RDC n.º 38, de 27 de outubro de 2000, e a região de atuação definida no Anexo I desta Resolução.

Parágrafo único. Para fins de enquadramento da segmentação de que trata o caput, consideram-se, também, as clínicas odontológicas como integrantes da rede própria.

Art. 4º As OPS que iniciaram sua operação em data anterior à vigência desta norma ou que venham a iniciar sua operação em data posterior sujeitar-se-ão, conforme o caso, à constituição das seguintes garantias financeiras, para início e continuidade das operações, de acordo com o disposto nesta Resolução:

- I - Capital Mínimo ou Provisão de Operação;
- II - Provisão de Risco;
- III - Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados;
- IV - Margem de Solvência;
- V - outras provisões técnicas.

Art. 5º Para as OPS com fins lucrativos será exigido Capital Mínimo, calculado a partir da multiplicação de um fator variável K, obtido na Tabela A do Anexo I desta Resolução, pelo capital base de R\$ 3.100.000,00 (três milhões e cem mil reais), conforme a seguinte formulação:

$$\text{Capital Mínimo} > K \times \text{R\$ } 3.100.000,00$$

Parágrafo único. As OPS com fins lucrativos deverão, a qualquer tempo, manter o Patrimônio Líquido igual ou superior ao Capital Mínimo.

Art. 6º Para as OPS sem fins lucrativos será exigida Provisão para Operação com valor, no mínimo, igual ao calculado segundo a formulação prevista no artigo anterior.

§ 1º As OPS sem fins lucrativos deverão, a qualquer tempo, manter o Patrimônio maior ou igual a zero.

§ 2º Para as OPS segmentadas como Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica, a parcela variável K será reduzida do percentual das transferências em co-responsabilidade das contraprestações pecuniárias na modalidade de pré-pagamento.

Art. 7º As OPS deverão constituir, mensalmente, Provisão de Risco para garantia de suas obrigações contratuais, correspondente ao maior dos valores entre as seguintes hipóteses:

- I - cinquenta por cento das contraprestações líquidas emitidas na modalidade de pré-pagamento;
- II - a média dos eventos indenizáveis líquidos conhecidos na modalidade de pré-pagamento nos últimos doze meses, multiplicando o resultado pelo fator Y da Tabela B do Anexo I.

§ 1º A diversificação dos ativos garantidores das Provisões dispostas nesta Resolução deverá atender aos critérios a serem estabelecidos pelo Conselho Monetário Nacional - CMN.

§ 2º Em relação aos critérios mencionados no parágrafo anterior, as OPS deverão observar, adicionalmente, para Provisão de Risco, o limite máximo de noventa por cento em investimentos permanentes em rede hospitalar própria e de trinta por cento em imóveis que não representem rede hospitalar própria.

Art. 8º As OPS, independentemente da constituição das garantias conforme o disposto nesta Resolução, deverão possuir Índice de Giro de Operação - IGO igual ou superior a 1 (um), aferido trimestralmente, calculado a partir da multiplicação do fator W pela divisão das variáveis A e B, onde :

I - o fator W é um ponderador a ser obtido na Tabela C do Anexo I;

II - a variável A é o resultado da divisão do Ativo Circulante pelo Passivo circulante;

III - a variável B é o resultado da divisão da soma dos Eventos Indenizáveis Líquidos e das Despesas de Comercialização pelas Contraprestações Líquidas.

Parágrafo único. Os dados que compõem os Eventos Indenizáveis Líquidos, as Despesas de Comercialização e as Contraprestações Líquidas serão calculados com base na média dos últimos 12 (doze) meses.

Art. 9º As OPS deverão constituir, mensalmente, Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados, constante em Nota Técnica Atuarial de Provisões - NTAP, conforme metodologia a ser adotada pelo atuário responsável e aprovada pela ANS.

Art. 10. As OPS que se enquadrarem no segmento terciário, conforme definido no inciso VI do art. 4º da RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000, deverão observar o critério de constituição de Margem de Solvência segundo o disposto no inciso III do art. 2º desta Resolução.

Art. 11. Às OPS que iniciaram sua operação em data anterior à vigência desta Resolução aplicam-se os seguintes dispositivos:

I - o art. 8º passa a produzir efeito a partir de 1º de janeiro de 2002;

II - as garantias previstas nos artigos 5º, 6º e 7º serão constituídas, no mínimo, a partir da data da publicação desta Resolução, em:

- a) quinze por cento em até um ano;
- b) trinta por cento em até dois anos;
- c) quarenta e cinco por cento em até três anos;
- d) sessenta por cento em até quatro anos;
- e) oitenta por cento em até cinco anos;
- f) cem por cento em até seis anos.

III - na aquisição de carteira de Sociedade Seguradora, bem como daquela Especializada em Saúde, deverá ser observado o disposto nos artigos 9º e 10 desta Resolução, no que se refere à carteira adquirida; e

IV - não há obrigatoriedade do atendimento ao disposto nos artigos 9º e 10 desta Resolução, exceto quanto ao disposto no inciso anterior.

Art. 12. Facultam-se às OPS constituírem outras provisões técnicas consubstanciadas em NTAP, condicionada à aprovação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE.

Art. 13. Os valores das tabelas constantes do Anexo I poderão ser reavaliados semestralmente pela ANS.

Art. 14. A ANS solicitará Plano de Recuperação às OPS, conforme disposto na Resolução - RDC n.º 22, de 30 de maio de 2000, se:

I - o valor do IGO for inferior a 1 (um); ou

II - o valor da Margem de Solvência não observar o previsto no art. 10.

Art. 15. O Anexo I constitui parte integrante desta Resolução.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

JANUARIOMONTONE

Diretor-Presidente

Tabela A - VALOR DO FATOR K

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias - ST	100,00%	74,19%	48,39%	25,81%	18,06%	10,32%
Cooperativa Médica - ST	87,10%	61,29%	37,10%	18,06%	12,65%	7,23%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSS	74,39%	49,19%	27,58%	12,65%	8,85%	5,06%
Cooperativa Médica - SSS	64,52%	46,77%	29,03%	12,90%	8,82%	4,74%
Autogestão não patrocinada	61,69%	38,39%	20,11%	8,85%	6,20%	3,54%
Medicina de Grupo/ Filantropias -SSP	50,04%	29,25%	19,35%	7,10%	5,00%	2,90%
Cooperativa Médica - SSP	45,81%	22,58%	15,35%	6,68%	4,76%	2,84%
Medicina de Grupo/ Filantropias -SPS	34,19%	20,97%	14,52%	6,26%	4,35%	2,45%
Cooperativa Médica - SPS	32,58%	19,74%	12,89%	5,85%	3,98%	2,10%
Medicina de Grupo/ Filantropia - SPP e SPP/SUS	20,16%	14,31%	8,37%	4,98%	3,37%	1,77%
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	17,24%	11,34%	6,67%	4,37%	2,92%	1,47%
Odontologia de Grupo - SOT	3,23%	2,58%	1,94%	0,48%	0,41%	0,34%
Cooperativa Odontológica - SOT	2,58%	2,43%	1,79%	0,45%	0,35%	0,25%
Odontologia de Grupo - SOM	2,40%	2,03%	1,48%	0,39%	0,30%	0,20%
Cooperativa Odontológica - SOM	2,35%	1,90%	1,21%	0,34%	0,26%	0,19%
Odontologia de Grupo - SOP	2,31%	1,76%	0,94%	0,29%	0,23%	0,18%
Cooperativa Odontológica - SOP	2,03%	1,35%	0,61%	0,23%	0,20%	0,16%
Administradora	2,00%	1,30%	0,50%	0,20%	0,18%	0,15%
Capital base > R\$ 3.100.000,00						

Tabela B - VALOR DO FATOR Y

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias - ST	73,09%	73,03%	72,97%	72,90%	72,87%	72,84%
Cooperativa Médica - ST	72,78%	72,72%	72,66%	72,59%	72,56%	72,53%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSS	72,47%	72,41%	72,35%	72,28%	72,25%	72,22%
Cooperativa Médica - SSS	72,16%	72,10%	72,03%	71,97%	71,94%	71,91%
Autogestão não patrocinada	71,85%	71,79%	71,72%	71,66%	71,63%	71,60%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSP	71,60%	71,47%	71,34%	71,22%	71,15%	71,09%
Cooperativa Médica - SSP	70,83%	70,78%	70,73%	70,68%	70,66%	70,63%
Medicina de Grupo/ Filantropias - SPS	70,58%	70,53%	70,48%	70,44%	70,41%	70,39%
Cooperativa Médica - SPS	70,34%	70,29%	70,24%	70,19%	70,16%	70,14%
Medicina de Grupo/ Filantropia - SPP e SPP/SUS	70,04%	69,94%	69,84%	69,74%	69,69%	69,64%

Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	69,54%	69,44%	69,34%	69,24%	69,19%	69,14%
Odontologia de Grupo - SOT	69,04%	68,94%	68,84%	68,74%	68,69%	68,64%
Cooperativa Odontológica - SOT	68,54%	68,44%	68,34%	68,24%	68,19%	68,14%
Odontologia de Grupo - SOM	68,04%	67,94%	67,84%	67,74%	67,69%	67,64%
Cooperativa Odontológica - SOM	67,54%	67,48%	67,43%	67,37%	67,34%	67,32%
Odontologia de Grupo -SOP	67,26%	67,20%	67,15%	67,09%	67,06%	67,04%
Cooperativa Odontológica - SOP	66,98%	66,92%	66,87%	66,81%	66,76%	66,70%

Tabela C - VALOR DO FATOR W

SEGMENTO	REGIÃO DE ATUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
Medicina de Grupo/ Filantropias - ST	1,110	1,120	1,000	1,130	1,145	1,160
Cooperativa Médica - ST	1,316	1,324	1,386	1,360	1,358	1,355
Medicina de Grupo/ Filantropias - SSS	1,215	1,223	1,000	1,410	1,400	1,390
Cooperativa Médica - SSS	1,459	1,467	1,529	1,504	1,502	1,499
Autogestão não patrocinada	1,000	1,020	1,210	1,200	1,225	1,250
Medicina de Grupo/ Filantropias -SSP	1,072	1,080	1,142	1,130	1,115	1,100
Cooperativa Médica - SSP	1,410	1,380	1,350	1,320	1,305	1,290
Medicina de Grupo/ Filantropias -SPS	1,716	1,742	1,821	1,771	1,752	1,733
Cooperativa Médica - SPS	1,853	1,842	1,858	1,830	1,821	1,813
Medicina de Grupo/ Filantropia -SPP e SPP/SUS	2,360	2,404	2,500	2,412	2,389	2,365
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	2,296	2,304	2,366	2,340	2,338	2,335
Odontologia de Grupo - SOT	1,100	1,120	1,050	1,030	1,035	1,040
Cooperativa Odontológica - SOT	1,025	1,033	1,095	1,069	1,067	1,064
Odontologia de Grupo - SOM	1,485	1,493	1,555	1,530	1,528	1,525
Cooperativa Odontológica - SOM	1,475	1,483	1,545	1,519	1,517	1,514
Odontologia de Grupo - SOP	1,135	1,143	1,105	1,080	1,078	1,075
Cooperativa Odontológica - SOP	1,025	1,033	1,200	1,030	1,000	1,000

Para efeito de classificação, as operadoras deverão observar o disposto na Resolução - RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000, e estarão, também, enquadradas em regiões, conforme a sua área de atuação:

- Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;

- Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;

- Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;

- Região 4: no município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba;

- Região 5: em grupo de municípios, exceto os definidos na região 4; e

- Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4.

OBS. 1: Considera-se área de atuação as localidades onde as operadoras comercializam ou disponibilizam seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

OBS. 2: Será considerada atuação estadual a operação em mais de 50% dos municípios de um estado.

OBS. 3: Cada operadora só poderá se enquadrar em uma única região e segmento.

(*) Republicada no D.O.U. de 25/07/2001, seção 1.